Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

# L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE RÉHABILITATION DE L'ALCOOLISME ET D'AUTRES TOXICOMANIES

stratégie canadienne antidrogue

Canada

# L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE RÉHABILITATION DE L'ALCOOLISME ET D'AUTRES TOXICOMANIES

*SOMMAIRE DES ÉVALUATIONS*

*Rapport de base de la stratégie canadienne antidrogue*

**Rapport technique**
**préparé par**
Marc Eliany
et Brian Rush, Ph.D.

**À l'intention de :**
Unité des études en promotion de la santé
Direction de la promotion de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

**Janvier 1992**

** Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé et Bien-être social Canada.*

Citations suggérées :

Santé et Bien-être social Canada (1992)
L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcool et d'autres toxicomanies
Sommaire des évaluations

Rapport de base de la Stratégie canadienne antidrogue

Préparé par Marc Eliany et Brian Rush, Ph.D.
© Ministre d'Approvisionnements et Services Canada 1992
N° de catalogue H39-241/1992F
ISBN 0-662-57301-1

Also available in English under the title:
*How Effective are Alcohol and Other Drug Prevention and Treatment Programs?*
*A Review of Evaluation Studies*
*A Canada's Drug Strategy Baseline Report*

# PRÉFACE

Voici le troisième d'une série de rapports de base rédigés à la demande du Comité fédéral-provincial sur l'alcool et les autres drogues dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

Les deux premiers rapports, *L'alcool au Canada* et *Les drogues licites et illicites au Canada*, ont été préparés par la Direction de la promotion de la santé afin de fournir aux Canadiens des renseignements utiles et précis sur la nature, l'étendue, l'évolution et les conséquences de la consommation d'alcool et d'autres drogues. Le présent rapport résume les évaluations des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et des autres toxicomanies dans l'ensemble du Canada. L'un des objectifs consistait à rassembler les nombreux documents faisant état de l'efficacité de ces programmes afin d'aider les planificateurs et les prestateurs de services à concevoir et appliquer des programmes conformes aux résultats des recherches. Comme deuxième objectif, on voulait revoir les évaluations canadiennes dans le contexte plus vaste de la documentation internationale. Cela sert non seulement à mettre en évidence l'importante contribution canadienne, mais également à guider l'amélioration des méthodes d'évaluation des programmes relatifs à l'alcool et aux autres drogues au Canada.

## Stratégie canadienne antidrogue

Le présent rapport de base s'inscrit dans la Stratégie canadienne antidrogue (SNA). Cette dernière a été lancée le 25 mai 1987. Elle est fondée sur des consultations à grande échelle auprès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des organismes non gouvernementaux et des experts de la toxicomanie.

Le gouvernement fédéral a prévu un budget quinquennal de 210 millions de dollars pour améliorer les programmes existants et financer des projets dans cinq ministères fédéraux.

La Stratégie canadienne antidrogue cherche à réduire les conséquences personnelles, familiales et collectives de l'alcoolisme et des autres toxicomanies en s'attaquant simultanément à l'offre et à la demande.

Cette stratégie fait l'équilibre entre la prévention et l'éducation, d'une part, et l'interdiction ainsi que la coercition, d'autre part. Elle se fonde sur la prémisse voulant que la réduction à long terme de l'alcoolisme et des autres toxicomanies ne puisse se réaliser qu'en s'attaquant à la racine du problème, c'est-à-dire la demande. Ainsi, environ 70 p.100 des ressources de la SNA sont consacrées à l'éducation, à la prévention et au traitement.

Lors du lancement de la Stratégie canadienne antidrogue, cinq ministères fédéraux ont reçu des fonds pour de nouveaux projets dirigés par Santé et Bien-être social Canada. Cependant, l'ensemble de la Stratégie englobe un nombre encore plus grand de ministères fédéraux. Certains ont reçu des fonds supplémentaires pour des programmes déjà en marche. D'autres ont élaboré par la suite, ou sont en train d'élaborer, des programmes contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies. Ce sont tous des partenaires de la SNA, tout comme le sont les provinces et les territoires, ainsi que les organismes qui bénéficient du financement du gouvernement fédéral pour des programmes de réduction de l'alcoolisme et des autres toxicomanies.

À l'heure actuelle, 14 ministères et organismes fédéraux, l'ensemble des provinces et des territoires et des centaines d'organismes non gouvernementaux peuvent être considérés comme des partenaires de la Stratégie canadienne antidrogue.

# REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé par Marc Eliany de l'Unité des études en promotion de la santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, et par le docteur Brian Rush, de la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, à London (Ontario).

Les auteurs du présent rapport sont redevables au personnel de la Direction de la promotion de la santé, et en particulier à celui de l'Unité sur l'alcool et les autres drogues et de l'Unité des études en promotion de la santé.

Nous remercions les docteurs Tariq Bhatti et Pete Conley de leurs commentaires et de leurs conseils à titre d'examinateurs internes de Santé et Bien-être social Canada. Nous remercions spécialement le docteur Louis Glicksman qui a examiné les chapitres relatifs à la promotion de la santé ainsi que le docteur Kate Graham ainsi que MM. Garth Martin et Peter Murchison qui ont revu les chapitres relatifs au traitement à titre d'examinateurs externes.

Nous remercions également les personnes suivantes :

- M^me^ Honey Fisher, pour la préparation d'une bibliographie annotée;
- le docteur Heather Lank, pour la rédaction d'un résumé des constatations;
- M. Philip Veneseon, pour avoir résumé les évaluations des programmes ontariens de promotion de la santé et aussi pour avoir rédigé et compilé les listes de référence;
- M^me^ Claire Chamberland, pour la préparation des rapports sur le Québec;
- M^me^ Suzanne Tyas, pour avoir aidé à intégrer la documentation québécoise dans l'étude et avoir fourni des commentaires sur l'ensemble du manuscrit;
- M^me^ Jacinth Tracey, pour son aide à la préparation des rapports sur l'Alberta.

Nous remercions également tous les collaborateurs qui ont contribué à la publication, particulièrement Kay Rawlings, Marilyn Ryan et Gordon McMillan, de même que Wendy Rush, Barb Keogan, Cindy Ried et Sue Steinback pour le traitement de texte.

Les demandes de renseignements et les commentaires à l'égard du présent rapport peuvent être envoyés à l'adresse suivante :

Unité des études en promotion de la santé
Immeuble Jeanne-Mance, 4^e^ étage
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Des exemplaires du présent rapport peuvent être obtenus à l'adresse suivante :

Unité des publications
Direction générale de la promotion et des services de santé
Immeuble Jeanne-Mance, 5^e^ étage
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

# POINTS SAILLANTS

L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies. Sommaire des évaluations.

*Par Marc Eliany et Brian Rush, Ph.D.*

## QU'EST-CE QUI EST EFFICACE?

Malgré la complexité des problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues, on peut s'en faire une idée en examinant la documentation. En général, des stratégies globales bien coordonnées, qui allient la réglementation, la fiscalité et des campagnes sociétales, ont tendance à donner des résultats lents mais positifs (par exemple, les campagnes contre le tabagisme).

Les politiques de contrôle ont aussi un certain effet. Par exemple, l'accroissement de l'âge minimal pour consommer de l'alcool réduit le nombre de décès causés par cette substance. De même, les restrictions sur la vente au détail de l'alcool, particulièrement la vente à l'extérieur des lieux autorisés, sont efficaces pour réduire les problèmes imputables à cette substance. L'augmentation du prix de l'alcool est une autre mesure constructive. De plus, les programmes visant à former les serveurs dans les bars réduisent l'ébriété et la conduite automobile avec facultés affaiblies.

Les campagnes d'éducation et de publicité sociétale semblent plus efficaces lorsqu'elles visent une modification des normes sociales, plutôt qu'un changement de comportement.

Les outils de dépistage précoce, comme le **CAGE*** et l'**AUDIT** (abréviation de *Alcohol Use Disorder Identification Test*, «épreuve d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool»), sont utiles. Il semble que le fait d'interroger les gens par ces moyens permette de dépister plus précisément qu'avec les analyses chimiques les problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues.

La recherche démontre l'efficacité des programmes d'intervention qui visent à changer le comportement, dans la mesure où ces programmes sont de courte durée. Les interventions à plus long terme ne semblent pas donner de meilleurs résultats, et se révèlent souvent moins efficaces. La revue de la documentation ne permet guère de démontrer l'efficacité de la psychothérapie. Cette revue ne corrobore pas non plus l'efficacité des programmes d'initiative personnelle, comme les Alcooliques Anonymes (AA). Cependant, quatre Canadiens sur cinq préfèrent chercher de l'aide auprès de ces groupes plutôt que de faire appel aux services professionnels de counselling.

À l'exception du diazépam, utilisé pour la désintoxication des alcooliques, les psychotropes s'avèrent inefficaces dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. La méthadone est le meilleur traitement de la dépendance envers les opiacés. Elle est administrée par voie orale et réduit ainsi le risque d'infection au VIH causée par l'emploi d'une seringue usagée.

La plupart des études sur les soins de désintoxication ambulatoires et en foyer ont donné des résultats positifs; les programmes résidentiels à long terme exigent une évaluation plus approfondie. Actuellement, la documentation suggère que les programmes sans hospitalisation sont plus efficaces et nettement plus rentables.

## QUE FAUT-IL FAIRE?

- Davantage d'évaluations sur les processus afin de mettre en lumière l'implantation et l'acceptation des programmes;

---

* CAGE est l'abréviation anglaise des quatre questions de l'outil de dépistage: Avez-vous besoin de réduire votre consommation d'alcool? (*Need to cut down on drinking?*) Êtes-vous agacé par les critiques touchant votre consommation d'alcool? (*Annoyed by criticism about your drinking?*) Éprouvez-vous de la culpabilité concernant votre consommation d'alcool? (*Guilty about drinking?*) Avez-vous besoin de prendre un verre le matin ou en vous levant? (*Need a morning drink or eye-opener?*)

- Des études de rentabilité;
- Des études comparant les divers moyens servant à diffuser les résultats de recherche pour qu'ils servent à la prévention et au traitement;
- Des fonds pour mettre au point des évaluations fiables;
- De la formation pour les gestionnaires de programmes, les planificateurs des politiques et les candidats aux postes qui incluent un rôle d'évaluation;
- Des mesures d'évaluation pratiques;
- L'adoption de méthodes de vérification des évaluations avant la tenue des évaluations elles-mêmes, en vue d'assurer que ces méthodes soient convenables et qu'elles respectent les objectifs du programme.

92-07579/



# TABLE DES MATIÈRES

**PRÉFACE** ..... i

**REMERCIEMENTS** ..... ii

**POINTS SAILLANTS** ..... iii

**CHAPITRE UN:**
INTRODUCTION

Problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues dans la société canadienne ..... 1

La réaction aux problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues au Canada ..... 1

Promotion de la santé ..... 2

Recouvrement de la santé ..... 3

Le rôle de la recherche et de l'évaluation des programmes ..... 4

Objectif du présent rapport ..... 5

Limites de l'étude ..... 5

**CHAPITRE DEUX:**
PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Programmes de promotion de la santé au Canada ..... 7

Aperçu des études étrangères et canadiennes ..... 8

Programmes en milieu scolaire ..... 9

Programmes en milieu universitaire et collégial ..... 12

Programmes médiatiques ..... 14

Programmes de prévention axés sur la famille ..... 17

Programmes communautaires ..... 19

Programmes à l'intention des serveurs ..... 22

Politiques de contrôle de l'alcool ..... 23

Politiques de contrôle de la disponibilité physique de l'alcool ..... 24

Politiques de contrôle de la disponibilité économique de l'alcool ..... 26

Politiques de contrôle de la disponibilité sociale de l'alcool ..... 29

Politiques de contrôle social du comportement ..... 32

Questions méthodologiques sur l'évaluation des programmes de promotion de la santé ..... 34

## CHAPITRE TROIS: PROGRAMMES D'INTERVENTION PRÉCOCE


Les programmes d'intervention précoce au Canada ..... 35

Revue des études étrangères et canadiennes ..... 37

Programmes à l'intention des conducteurs aux facultés affaiblies ..... 37

Programmes en milieu de travail ..... 40

Programmes des établissements de soins de santé et de services sociaux ..... 42

Stratégies de détection ..... 42

Stratégies d'intervention ..... 46

Programmes pour les groupes fortement exposés ..... 49

Questions relatives à la méthode d'évaluation des programmes d'intervention précoce ..... 51


## CHAPITRE QUATRE: PROGRAMMES DE TRAITEMENT ET DE RÉHABILITATION


Programmes canadiens de traitement et de réhabilitation ..... 55

Étude de la documentation internationale et canadienne ..... 56

Questions générales sur l'évaluation de l'efficacité des programmes ..... 56

Modes de traitement ..... 57

Pharmacothérapie ..... 57

Counselling et psychothérapie ..... 59

Éducation sur l'alcoolisme et la toxicomanie ..... 61

Confrontation ..... 61

Thérapie conjugale et familiale ..... 62

Thérapie comportementale ..... 63

Reconnaissance de l'alcoolémie ..... 64

Groupes d'entraide ..... 71

Contexte et durée du traitement ..... 72

Évaluation du client et choix de traitement ..... 77

Prévention des rechutes et soins continus ..... 81

Questions sur les systèmes de traitement ..... 84

Questions sur la méthode d'évaluation des programmes de traitement et de réhabilitation . 85


## CHAPITRE CINQ: RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS


Quels types de programmes «fonctionnent»? ..... 89

Évaluations canadiennes ..... 92

**BIBLIOGRAPHIE** ..... 95

# CHAPITRE UN : *INTRODUCTION*

## Problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues dans la société canadienne

L'usage intempérant de l'alcool et d'autres drogues compte parmi les problèmes sociaux et sanitaires les plus graves au Canada. Les problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues affectent l'ensemble de la population, dans toutes les régions, dans tous les groupes d'âge et dans toutes les couches sociales. Ces problèmes coûtent cher. Ils infligent non seulement de grandes souffrances individuelles, mais aussi un lourd fardeau social : accidents, violence familiale, soins de santé, réduction de la productivité et criminalité. Pendant l'exercice fiscal 1985-1986 seulement, les coûts de l'alcoolisme au Canada ont été estimés à 11,9 milliards de dollars (Adrian, 1988).

Une étude récente, *L'alcool au Canada*, publiée par Santé et Bien-être social Canada (Eliany, 1989a), permet d'apprécier l'étendue du problème. L'alcool est la drogue non médicinale la plus consommée au Canada; 81 p.100 des Canadiens de 15 ans et plus en ont bu en 1985. En moyenne, ils ont acheté 10,2 l d'alcool absolu par personne. La plus grande partie, soit environ la moitié des ventes totales d'alcool absolu, est achetée sous forme de bière. Les spiritueux forment environ le tiers des ventes, et le vin, un sixième. Ces proportions évoluent : on achète beaucoup moins de spiritueux, un peu moins de bière et un peu plus de vin qu'auparavant. Tandis que les ventes d'alcool se sont accrues régulièrement de 1970 à 1975, elles se sont stabilisées de 1975 à 1980. Entre 1982 et 1986, les ventes ont chuté de 8 p.100. En 1984, le Canada se classait vingt et unième parmi 32 pays industrialisés en ce qui touche les ventes d'alcool absolu par adulte.

Même si les ventes ont baissé, l'alcoolisme demeure un problème sérieux au Canada. Des études suggèrent qu'entre 4 000 et 5 000 décès par année seraient attribuables à la consommation excessive d'alcool, que cette substance serait impliquée dans un grand nombre de décès chez les jeunes Canadiens (particulièrement la conduite automobile avec facultés affaiblies) et que nombre de maladies, y compris la cirrhose, sont liées à la consommation d'alcool.

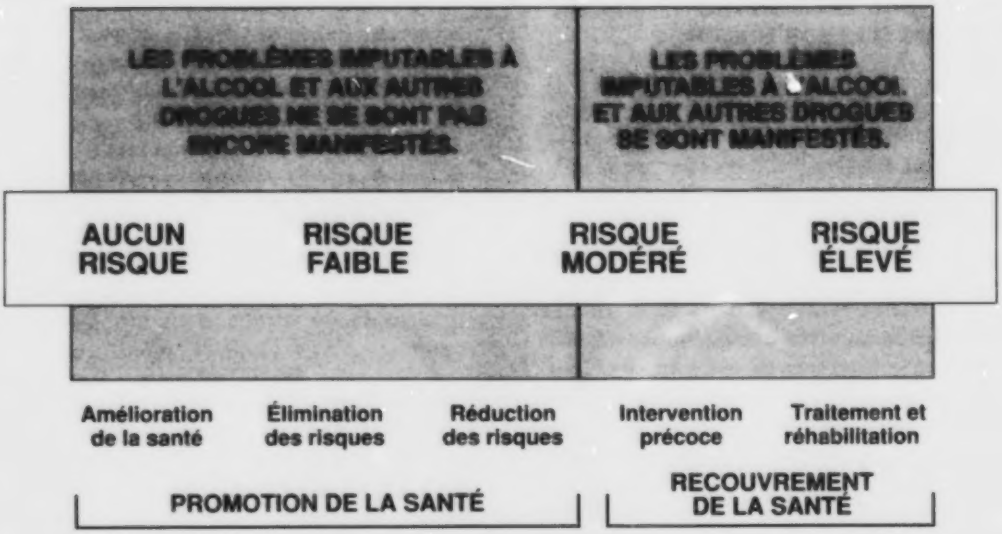
Contrairement à ce qu'on observe pour l'alcool, seule une petite minorité d'adultes canadiens font usage de drogues illicites et une proportion encore plus faible en prennent régulièrement (Eliany, 1989b). Par exemple, en 1985, 6 p.100 des adultes canadiens déclaraient avoir fumé de la marijuana ou du hachisch, moins de 1 p.100 avaient pris de la cocaïne, et moins de 2 p.100 avaient utilisé des stimulants. De plus, certains indices laissent croire que la consommation de drogues illicites diminue au Canada. Malgré ces indices encourageants, l'usage de drogues illicites demeure un sérieux problème social et sanitaire. Par exemple, le nombre de patients admis à l'hôpital pour des problèmes de drogue s'est accru graduellement au début des années 1980; cela contraste avec le déclin de la consommation avouée que révèlent les enquêtes à grande échelle. Une grande partie de cette hausse des admissions à l'hôpital est causée par la cocaïne. L'usage de drogue et les problèmes connexes sont plus évidents chez certains segments de la population, comme les jeunes sans-abri. Une étude récente, menée en Ontario, a révélé que 41 p. 100 des jeunes itinérants de Toronto avouent leur usage de drogues injectables (Smart et coll., 1990). Dans ce segment de la population, la polytoxicomanie est plutôt une règle qu'une exception. Chez les jeunes de nombreuses communautés autochtones, l'abus de solvants présente des risques notables pour la santé.

Étant donné l'étendue des problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues dans la société canadienne et les coûts élevés qui en résultent, de vastes campagnes ont été lancées afin de prévenir ces problèmes et d'offrir un traitement à ceux qui en avaient besoin.

## La réaction aux problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues au Canada

Étant donné la diversité de la population canadienne et de ses problèmes imputables à l'alcool ou aux autres drogues, il n'est pas surprenant que la réaction à ces problèmes prenne de multiples formes. Pour comprendre la portée et la complexité de cette réaction, il peut être utile d'échelonner les problèmes

■ **Figure 1**
**Classement des stratégies, programmes et services selon le continuum des risques relatifs à l'alcool et aux autres drogues**




imputables à l'alcool et aux autres drogues sur un continuum. Plus la fréquence et la quantité de la consommation d'alcool et d'autres drogues sont élevées, plus il y a de risques que des problèmes surgissent. Chaque catégorie de programmes communautaires vise des personnes situées à des échelons différents sur ce continuum des risques. À la figure 1, on peut voir le modèle utilisé en Ontario pour illustrer les liens entre divers types d'interventions communautaires et le continuum des problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues (ministère de la Santé de l'Ontario, 1988).

Dans ce cadre, la réaction communautaire aux problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues est d'abord divisée en deux grandes catégories: la promotion de la santé et la guérison.

### *Promotion de la santé*

Dans la catégorie de la promotion de la santé, on note trois grands objectifs. Les programmes visant l'*amélioration de la santé* s'adressent aux personnes les moins exposées aux toxicomanies. Ils proposent le renoncement volontaire à l'alcool et aux autres drogues comme faisant partie d'un mode de vie sain et plus riche; par exemple, ils comprennent les programmes d'activité physique ou de nutrition qui encouragent le renoncement volontaire à l'alcool et aux autres drogues. Les programmes visant l'*élimination des risques* s'adressent aux personnes faiblement ou minimalement exposées aux toxicomanies. Ils cherchent à garantir que les drogues ou l'alcool seront utilisés, si tel est le cas, de la façon la plus modérée possible. Parmi ces programmes, on trouve des politiques visant à prévenir l'intoxication dans les centres de loisir et la formation des serveurs dans les débits de boisson pour qu'ils encouragent une consommation prudente d'alcool. Les programmes visant la *réduction des risques* s'adressent aux personnes qui consomment de l'alcool ou des drogues au point de s'exposer nettement à des problèmes sociaux ou sanitaires. Ces programmes tentent de réduire le degré de consommation et les conséquences qui en découlent avant que des problèmes ne surgissent. Par exemple, un de ces programmes cherche à prévenir la conduite automobile avec facultés affaiblies chez les étudiants du secondaire; un autre encourage l'utilisation adéquate des médicaments chez les personnes âgées. En pratique, tous les programmes de promotion de la santé englobent un ou plusieurs objectifs sur ce continuum,

c'est-à-dire l'amélioration de la santé, l'élimination des risques et leur réduction. Cependant, le modèle aide à saisir la différence entre divers programmes de promotion de la santé même s'ils ont tous un même objectif de «prévention».

Dans la composante du modèle portant sur la promotion de la santé, les programmes individuels peuvent viser un grand nombre de cibles (*la personne*, *la drogue* et *l'environnement*) et utiliser diverses stratégies pour apporter un changement (*l'influence*, *le contrôle*, *l'acquisition d'aptitudes* et *la conception axée sur l'environnement*) (Torjman,1986).

En ce qui concerne l'objectif du programme, les interventions axées sur la personne tentent d'aider cette dernière à résister à la tentation de consommer de l'alcool ou des drogues, de même qu'à composer avec les influences environnementales qui encouragent l'usage de ces substances. Dans ce cas, les facteurs principaux sont les connaissances, les attitudes, les intentions, le comportement et les aptitudes de la personne. Les interventions axées sur une drogue visent à réduire les dommages qui peuvent être causés par cette substance dangereuse. Dans ce cas, les facteurs principaux sont le prix, la composition, le mode d'administration, l'étiquetage et l'emballage. Les interventions axées sur l'environnement visent à éloigner les personnes des drogues ou à créer un environnement favorable à la modification du comportement. Dans ce cas, les facteurs importants sont la publicité, la disponibilité, la modification du contexte physique et socioculturel, les leaders d'opinion, les institutions et les sanctions judiciaires.

Torjman (1986) décrit également les quatre stratégies visant à modifier l'usage de la drogue dans les zones cibles déterminées: l'influence, le contrôle, l'acquisition d'aptitudes et la modification de l'environnement.

Les stratégies d'*influence* tentent de réorienter les attitudes des personnes et de modifier ainsi leur comportement.

Les stratégies de *contrôle* encouragent l'adoption de lois ou de règlements visant à modifier une drogue, sa disponibilité ou la demande dont elle fait l'objet en vue d'assurer que personne n'adopte un comportement à risques.

Les stratégies d'*acquisition d'aptitudes* visent l'amélioration des aptitudes personnelles en vue d'accroître l'estime de soi et de réduire ainsi le besoin d'adopter des comportements à risques.

Les stratégies *axées sur l'environnement* visent la réduction du stress dans l'environnement immédiat de la personne, en particulier à l'école, au travail et dans la communauté, en plus de modifier l'environnement physique et socio-culturel.

Ces objectifs, cibles et stratégies de changement montrent l'interaction dynamique entre les ressources personnelles et communautaires de promotion de la santé. Ils montrent aussi la nécessité des programmes de soutien aux personnes dans leur propre effort en vue de gagner, de regagner ou de conserver un degré de santé suffisant pour bien fonctionner en société (Shain et coll., 1990). Cette vision de la promotion de la santé, en ce qui touche l'alcool et les autres drogues, est conforme à la Charte d'Ottawa et au Cadre fédéral de promotion de la santé (Epp, 1986).

### *Recouvrement de la santé*

Selon le modèle conceptuel, la deuxième grande catégorie de programmes communautaires vise le recouvrement de la santé. Cette catégorie comprend l'intervention précoce, le traitement et la réhabilitation. Les programmes d'*intervention précoce* essaient de cerner des problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues le plus tôt possible et d'effectuer des interventions peu coûteuses et relativement brèves en vue de réduire ou d'éliminer l'usage d'alcool ou d'autres drogues. Idéalement, ces programmes sont offerts à l'endroit où les problèmes imputables à ces substances sont souvent détectés pour la première fois, comme les écoles, le milieu de travail, le cabinet du médecin de famille et les hôpitaux. On pourrait donner comme exemple un programme à l'intention des adolescents toxicomanes dans une école secondaire ou le dépistage systématique des buveurs intempérants par les médecins qui dispensent des soins primaires. Les *programmes de traitement et de réhabilitation* sont conçus à l'intention des personnes qui éprouvent de sérieux problèmes à cause de l'alcool et d'autres drogues. Ils tentent d'éliminer ou de réduire la consommation et de faire recouvrer santé dans toutes ses dimensions importantes. Ces programmes s'échelonnent souvent sur un «continuum de soins» où on retrouve la gestion du cas,

l'évaluation, la désintoxication, le traitement dans divers établissements résidentiels et non résidentiels et le suivi. Une grande variété d'interventions comportementales, pharmacologiques et d'autres types s'inscrivent sur ce continuum de soins.

En résumé, comme l'indique le modèle de la figure 1, si les problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues peuvent s'échelonner sur un continuum de risques et de gravité, la réaction de la communauté à ces problèmes le peut également. Les divers programmes de promotion de la santé, d'intervention précoce, de traitement et de réhabilitation sont des composantes essentielles de cette réaction.

Le modèle présente des limites quant à la planification. Par exemple, il n'est pas assez précis en ce qui concerne le degré de consommation, son évolution et son contexte, ces aspects étant des facteurs de «risque» d'un point de vue strictement épidémiologique. De plus, le modèle ne tient pas compte suffisamment des personnes qui ne consomment pas d'alcool ou d'autres drogues, mais qui peuvent présenter des risques en raison d'influences génétiques ou environnementales (par exemple, les enfants d'alcooliques et les jeunes de quartiers populaires ou de milieux défavorisés). Ces limites mises à part, le modèle reste très utile. Il a pour avantage de reconnaître implicitement la grande diversité des objectifs de promotion de la santé, d'intervention précoce et de traitement. Ces divers objectifs amènent la stabilisation ou la réduction des risques encourus par une personne, de même qu'une amélioration de son fonctionnement dans nombre de domaines. Cette gamme d'objectifs influence l'évaluation des programmes puisque les méthodes de mesure du succès doivent être conséquentes aux objectifs visés. Ainsi, certains programmes peuvent simplement viser la réduction du degré de risque plutôt que d'encourager un mode de vie sans alcool ni drogues. Prenons par exemple un programme à l'intention des usagers de drogues injectables, dont l'objectif principal consiste à réduire l'utilisation aux aiguilles et le risque de transmettre l'infection au VIH, plutôt que la privation volontaire de drogues. Le critère d'évaluation de ce programme ne sera pas le même que pour un programme de traitement plus conventionnel visant le renoncement aux drogues.

Le modèle sert aussi à mieux intégrer la documentation très diverse et inégale sur l'évaluation des programmes de traitement et de prévention. En clair, un large éventail de programmes se retrouvent dans ces vastes catégories. Dans de la présente étude, on emploiera trois catégories (promotion de la santé, intervention précoce et traitement). On reconnaîtra aussi l'existence d'une grande diversité de programmes à l'intérieur même de ces trois catégories. Cette classification a pour avantage de mettre en évidence le rôle des programmes d'intervention précoce. Ces derniers ressortent comme une composante principale d'une réaction communautaire globale aux problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues (*Institute of Medicine*,1990a).

## Le rôle de la recherche et de l'évaluation des programmes

L'*évaluation* des programmes relatifs à l'alcool et aux drogues est le centre d'intérêt du présent rapport. Ces programmes doivent être planifiés à la lumière d'études étroitement contrôlées. On doit ensuite les évaluer régulièrement par divers moyens. Même s'il y a un écart considérable entre les programmes actuels et les connaissances tirées de la recherche, peu de gens nient la nécessité d'une recherche de base étroitement contrôlée. Cette recherche fournit les connaissances fondamentales servant de pierre angulaire aux programmes. Cependant, les programmes mis en oeuvre doivent non seulement se fonder sur une recherche empirique solide, mais aussi être évalués sur le terrain si on veut assurer qu'ils soient mis en oeuvre de façon adéquate, qu'ils atteignent le groupe visé, qu'ils produisent des résultats constructifs et qu'ils soient raisonnablement rentables. L'importance de l'évaluation des programmes s'est accrue pendant la dernière décennie. Elle s'inscrit dans une tendance plus prononcée vers la responsabilisation des services sociaux et l'usage optimal des ressources disponibles en vue de répondre aux besoins communautaires.

Dans le domaine de l'alcool et des drogues au Canada, on est certainement convaincu de l'insuffisance des évaluations. Par exemple, selon une étude récente des programmes de promotion de la santé en Ontario (Gliksman et Venesoen, 1990), seulement 16 p.100 des programmes ont mené à une évaluation officielle et 9 p.100, à une évaluation non officielle (définie comme étant une évaluation sans analyses

statistiques, sans groupes de référence ni autres méthodes de contrôle des variables incontrôlées). Dans un récent examen général du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie au Canada (Rush et Ogborne, sous presse), on critique constamment le manque d'évaluation des programmes, même si cette dernière est citée comme une partie indispensable de la planification et de la mise en oeuvre.

## Objectif du présent rapport

Dans le domaine de l'alcool et des autres drogues, on trouve une myriade d'études d'évaluation et de recherche, dont la plupart ont été publiées ces 20 dernières années. Par exemple, en ce qui touche le traitement, plus de 300 nouveaux rapports ont été publiés entre 1979 et 1985 seulement (Miller et Hester, 1986). Comment peut-on se retrouver dans une documentation si volumineuse, particulièrement si on est un médecin à l'horaire chargé ou un agent de planification communautaire responsable de toute une gamme de projets? Comment établit-on une corrélation entre les résultats des recherches d'autres pays et la situation particulière du Canada? Quelle est la situation au Canada des programmes relatifs à l'alcool et aux autres drogues, et comment les résultats des études canadiennes s'inscrivent-ils dans un contexte plus vaste?

L'objectif du présent rapport consiste à fournir une évaluation critique des évaluations publiées dans le monde en ce qui concerne la promotion de la santé, les interventions précoces et le traitement. Dans chacune de ces trois catégories, le rapport donne un aperçu des programmes mis en oeuvre au Canada et tente d'inscrire les résultats de plusieurs évaluations canadiennes dans le contexte de la documentation internationale. Certaines limites, notées dans le rapport, semblent restreindre l'évaluation des programmes dans ce domaine. Le présent rapport doit être considéré comme faisant partie d'un processus à long terme. Ce processus vise d'une part à sensibiliser les planificateurs de programmes et les médecins canadiens face à la nécessité de la recherche et de l'évaluation de programmes. Il vise aussi, d'autre part, à les aider à améliorer la qualité des études auxquelles ils participent.

## Limites de l'étude

Il est important de reconnaître que la présente étude est imprécise sur quatre points importants, mais inévitables.

Premièrement, la documentation examinée ne se répartit pas également entre les études sur l'alcool et celles qui portent sur les autres drogues. Nombre de programmes communautaires, particulièrement les programmes de traitement, composent avec un grand éventail de substances et se définissent effectivement comme des services contre la «toxicomanie», plutôt que de se concentrer sur l'alcool ou sur une drogue . Cependant, l'accent sur la «toxicomanie» ne se reflète pas dans la documentation; la majorité des études portent sur la prévention ou sur le traitement de l'alcoolisme et non d'autres drogues. C'est pourquoi la présente étude se concentre sur les programmes de promotion de la santé, d'intervention précoce et de traitement contre l'alcoolisme. Les études qui touchent les autres drogues y sont intégrées lorsque cela est possible et pertinent.

Deuxièmement, les évaluations canadiennes sont inégales d'une région à l'autre quant à leur nature et à leur étendue. On peut expliquer ce phénomène de nombreuses façons, mais il reflète en partie les divers degrés d'organisation des services et les divers niveaux de ressources disponibles pour l'évaluation d'une région à l'autre. De plus, des informations sur les évaluations passées ne sont pas disponibles à l'heure actuelle dans toutes les provinces et sur tous les territoires. La plupart de ces études ne sont ni publiées ni distribuées à grande échelle. Par conséquent, les études canadiennes citées dans le présent rapport ne doivent pas être considérées comme représentant l'ensemble des évaluations de programmes relatifs à l'alcool et aux autres drogues au Canada[1]. Cependant, les auteurs espèrent que ce modeste pas contribuera à une étude plus systématique et plus complète des évaluations de programmes au Canada.

Troisièmement, le rapport ne traite pas en détail de la prévention et du traitement des problèmes relatifs à l'alcool et aux autres drogues dans certains

[1] Le présent document se fonde en partie sur des résumés récents d'évaluations sur la prévention et le traitement au Québec (Chamberland, 1989, 1990) et en Alberta (Eliany et Tracey, 1991).

sous-groupes de la population canadienne. Par exemple, même si ces problèmes sont très sérieux chez les autochtones du Canada, il n'appartient pas au présent rapport d'évaluer la documentation portant sur ce problème spécifique. De même, la documentation touchant l'efficacité des programmes de prévention et de traitement, particulièrement à l'intention des femmes, des jeunes, des aînés, des groupes ethniques, des handicapés et de nombreux autres sous-groupes importants, ne fait pas l'objet d'un examen détaillé dans ce rapport.

En dernier lieu, le type et la qualité des évaluations et des recherches varient considérablement. En ce qui concerne la revue de la documentation internationale, la préoccupation principale a consisté à établir une corrélation entre la mise en oeuvre d'un certain type de programme (ou composante de programme) et les modifications du comportement des personnes participant à ce programme. Si on prend cet objectif en considération, les études expérimentales utilisant la répartition aléatoire et les groupes de référence possèdent la base expérimentale la plus solide. D'autres méthodes para-expérimentales qui emploient des groupes de référence ou des séries temporelles ont aussi une base expérimentale relativement solide et sont souvent plus faciles à réaliser que les études expérimentales. Dans son examen de la documentation internationale, le présent rapport met l'accent sur les études qui répondent à ces exigences méthodologiques. Il fait une mise en garde sur l'absence de ces exigences dans la plupart des études de recherche publiées. En ce qui a trait aux évaluations plus appliquées, ces dernières se divisent généralement en études économiques, en études de processus et en études des résultats (Posavac et Carey, 1989)[2]. Comme pour la documentation internationale, la présente étude mettra l'accent sur l'évaluation des résultats. Cependant, d'autres types d'évaluations seront également décrites au besoin, puisqu'elles contribuent notablement à la compréhension d'un programme, à son application, à son efficacité et à sa rentabilité.

---

[2] Plusieurs autres schémas de classification sont possibles pour les évaluations des programmes. Posavac et Carey (1989) considèrent également l'évaluation des besoins comme une quatrième classe d'évaluations. Le présent document n'en tient pas compte puisqu'elles sont abordées distinctement dans le cadre d'une étude nationale de l'évaluation des besoins dans le domaine de l'alcool et des autres drogues (Rush, 1989).

# CHAPITRE DEUX : *PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ*

## Les programmes de promotion de la santé au Canada

Comme on le fait remarquer au chapitre un, les programmes de promotion de la santé couvrent une vaste gamme d'*objectifs* (amélioration de la santé, élimination et réduction des risques), de *cibles* (personne, environnement et drogue) et de *stratégies* (influence, contrôle, acquisition d'aptitudes et modification de l'environnement). Ces programmes reposent aussi sur divers fondements théoriques et peuvent être implantés dans une gamme variée d'établissements ou d'organismes communautaires.

Cette diversité d'options et le fait qu'un programme englobe souvent un grand nombre de ces caractéristiques rendent très difficile la description des programmes canadiens de promotion de la santé relatifs à l'alcool et aux autres drogues. De plus, on n'a mené aucune étude systématique sur la nature et l'étendue des programmes canadiens. Ces limites mises à part, l'approche actuelle est nettement plus globale que par les années précédentes. Par exemple, les programmes en milieu scolaire ont beaucoup évolué : autrefois, ils étaient plutôt limités, didactiques et fondés sur l'éducation en matière de santé tandis qu'aujourd'hui, ces programmes s'appuient sur un fondement théorique plus solide, qui met l'accent sur l'influence des pairs, la résistance, la persuasion, la perception des risques et des conséquences, l'apprentissage social et la connaissance de ses propres capacités (Gliksman et Smythe, 1989). Les programmes sont aussi plus susceptibles de s'inscrire dans le cadre de la promotion de la santé communautaire (par exemple, Flay, 1986). Certaines interventions communautaires plus vastes partagent un grand nombre de fondements théoriques avec les programmes scolaires; elles s'inspirent en outre des principes fondamentaux de la responsabilisation et du développement de la communauté (Labonté, 1987). Les démarches visant à restreindre les disponibilités physiques, économiques et sociales de l'alcool par le biais de modifications aux lois ou aux politiques sont maintenant considérées comme des aspects d'une stratégie plus vaste, dont l'objectif consiste à créer un environnement social et culturel menant à la privation volontaire ou à l'usage responsable.

Les programmes de promotion de la santé évoluent. Cet élargissement de l'objectif est conforme à la vision qu'énoncent, par exemple, la Charte d'Ottawa et le Cadre fédéral de promotion de la santé (Epp, 1986). Les thèmes qui ressortent sont la compréhension, la participation de la collectivité et la concertation entre les principaux intervenants (Shain et coll., 1990).

Une étude des activités de promotion de la santé portant sur l'alcool et les autres drogues vient d'être terminée en Ontario (Gliksman et Venesoen, 1990). La diversité des approches observées par cette étude est sans doute représentative de l'ensemble du pays. Selon une enquête auprès de 250 témoins privilégiés qui travaillent dans le domaine, plus de 523 programmes de promotion de la santé relatifs à l'alcool et à d'autres drogues étaient en marche pendant l'été 1990. Même si la plupart des programmes (78 p.100) tentaient d'éduquer et de sensibiliser les gens en ce qui a trait à l'usage immodéré d'alcool et d'autres drogues, on a aussi noté une grande diversité d'objectifs autres (par exemple, fournir de l'information sur les risques et les conséquences, améliorer l'autonomie fonctionnelle et les compétences parentales, et assurer un environnement sans drogue). Le groupe cible le plus souvent visé était celui des jeunes et des enfants (50 p.100), suivi par le grand public (25 p.100) et les parents (5,5 p.100). La cible la plus courante était la «personne» : 64 p.100 des programmes tentent de modifier ses connaissances, ses attitudes, ses intentions, son comportement et ses aptitudes. Au total, 20 p.100 des programmes visaient à ce que l'environnement soit plus sûr et qu'il soutienne davantage les changements personnels. De plus, 16 p.100 des programmes visaient la drogue elle-même (par exemple, rendre la substance plus sûre). La plupart des programmes ont été présentés dans des écoles élémentaires (40 p.100), des écoles secondaires

(35 p.100) ou dans la collectivité (56 p.100)[3]. Les autres voies de diffusion comprenaient la famille, les établissements d'enseignement postsecondaires, le milieu de travail, les corrections et le contrôle social par l'entremise de la législation. La stratégie la plus répandue était celle de l'influence (62 p.100). Ces programmes tentaient de modifier les connaissances ou les attitudes de la personne, par opposition à l'acquisition d'aptitudes (39 p.100), aux modifications de l'environnement (15,5 p.100) ou aux stratégies de contrôle visant à réduire l'offre et la demande d'alcool ou d'autres drogues (11 p.100).

Même si des données comparables à cette étude n'existent pas pour le reste du Canada, les résultats obtenus en Ontario mettent en évidence la grande diversité d'activités, de cibles et de stratégies qui se retrouvent dans la catégorie générale de la promotion de la santé. Même si l'accent peut être mis sur des éléments différents dans diverses parties du pays, il est probable que cette diversité se retrouvera dans toutes les régions.

## Aperçu des études étrangères et canadiennes

La diversité des programmes de promotion de la santé rend difficile la classification des programmes. Dans la plus récente étude des publications sur la prévention de l'alcoolisme, Moskowitz (1989) a utilisé quatre grandes catégories de politiques et de programmes:

- Ceux qui visent à contrôler la disponibilité (physique, économique et sociale, par exemple);
- Ceux qui visent à contrôler le comportement individuel par l'entremise de la législation (lois relatives à la conduite automobile avec facultés affaiblies, par exemple);
- Ceux qui visent à éduquer les personnes (à l'école, à l'université, dans la collectivité, dans la famille, en milieu de travail ou par les médias, par exemple);
- Ceux qui visent à créer un environnement plus sûr (intervention auprès des serveurs dans les débits de boisson, par exemple).

Le présent rapport emploie une approche différente. Il classe la documentation en fonction de l'établissement ou du système où l'intervention a lieu. Les planificateurs et les médecins devraient trouver cette approche utile, car l'établissement ou le système communautaire sont habituellement parmi les premiers aspects à planifier dans un programme. Sept grandes catégories de programmes sont prises en considération, et certaines d'entre elles contiennent plusieurs sous-catégories. Les grandes catégories d'interventions étudiées sont les suivantes:

- Programmes présentés à l'école;
- Programmes présentés dans des établissements d'études universitaires/collégiales;
- Médias;
- Programmes axés sur la famille;
- Programmes communautaires;
- Interventions auprès des serveurs dans les débits de boisson;
- Politiques et lois visant le contrôle de l'alcool.

Lorsque la documentation est résumée de cette façon, il est important que le lecteur soit conscient du fait qu'un programme global de promotion de la santé recoupe souvent ces catégories, et qu'un grand nombre d'objectifs, de cibles, de stratégies et de fondements théoriques peuvent être touchés. Cependant, les cinq premières catégories, telles qu'on les découpe actuellement, sont principalement axées sur la personne, et leurs stratégies principales pour stimuler le changement sont l'influence ou l'acquisition d'aptitudes. Les principaux fondements théoriques sont la théorie «connaissances / aptitudes / comportement» et les modèles de croyances sur la santé, de l'apprentissage social, des influences sociales et de la communication persuasive. Moskowitz (1989) combine ces divers modèles théoriques en trois catégories (voir ci-dessous) et fait remarquer qu'ils sont plus ou moins tributaires d'une perspective socio-culturelle étendue qui met l'accent sur un modèle normatif de la consommation d'alcool et d'autres drogues et sur les problèmes connexes dans la société (Blane, 1976).

---

[3] Puisque les programmes étudiés pouvaient présenter plus d'une cible, d'un système ou d'une stratégie, ces pourcentages dépassent 100 p. 100.

Les deux dernières catégories de programmes, c'est-à-dire l'intervention auprès des serveurs et les politiques de contrôle de l'alcool, visent habituellement la drogue ou l'environnement; les stratégies principalement utilisées pour stimuler le changement sont le contrôle ou la modification de l'environnement. Les fondements théoriques correspondant à ces programmes et à ces politiques sont conformes à un modèle écologique global de l'hygiène. Selon ce modèle, les personnes sont influencées par des facteurs institutionnels, communautaires et publics, de même que par des processus personnels et interpersonnels (McLeroy et coll., 1988). Un grand nombre de ces programmes et de ces politiques de prévention sont également compatibles avec le modèle de distribution de la consommation; ce dernier cherche à prévenir l'usage immodéré d'alcool et ses conséquences par le contrôle du degré de consommation moyen dans la population en restreignant la disponibilité de l'alcool (voir Rush et Gliksman (1986) pour une étude et une discussion complètes de cette approche de prévention).

## Programmes en milieu scolaire

Les programmes de promotion de la santé qui visent les jeunes ont tendance à se limiter au système scolaire. Les jeunes qui ne vont pas à l'école, comme les itinérants, sont beaucoup plus difficiles à atteindre. Les programmes présentés à l'école tentent habituellement de prévenir l'abus d'alcool et d'autres drogues. Le modèle de changement du comportement est le modèle théorique le plus répandu dans les écoles. Il part du principe suivant: des connaissances accrues sur les conséquences de l'alcoolisme et des autres toxicomanies modifient les attitudes envers ces substances, et ces attitudes mènent à leur tour à des modifications des intentions et à un changement de comportement.

Le modèle des valeurs et de la prise de décisions et le modèle du comportement en public sont d'autres fondements théoriques inspirant les programmes présentés à l'école (Moskowitz, 1989). L'approche liée aux valeurs et à la prise de décisions met l'accent sur l'examen qu'une personne fait de ses besoins ou de ses valeurs et du rôle que joue la consommation d'alcool ou d'autres drogues dans la satisfaction de ces besoins. Ces programmes encouragent la compréhension de soi et la prise de décisions responsables en vue de réduire les risques de consommer de l'alcool et d'autres drogues et d'éprouver des problèmes connexes.

Le modèle relatif au comportement en public est l'approche la plus récente; il part du principe que les personnes abusent de l'alcool et d'autres drogues parce qu'elles n'ont pas les aptitudes psychosociales nécessaires. Les multiples variantes de cette approche se caractérisent par l'imitation des comportements favorables à la promotion de la santé, l'enseignement d'aptitudes permettant de résister aux influences sociales qui encouragent la consommation d'alcool ou d'autres drogues et l'enseignement de principes d'autonomie fonctionnelle, comme la capacité de communiquer et les aptitudes sociales. Cette approche a été considérablement influencée par la théorie de l'apprentissage social et par le concept de connaissance de ses propres capacités (Bandura, 1977).

Une revue exhaustive de la documentation relative à l'évaluation des programmes de prévention présentés à l'école met en lumière un certain nombre de conclusions négatives en ce qui touche leur efficacité (par exemple, Staulcop et coll., 1979; Kinder et coll., 1980; Schaps et coll., 1981; Moskowitz, 1989; Gliksman et Smythe, 1989). Aucune preuve cohérente ne permet de croire que ces programmes sont efficaces pour ce qui est de prévenir la consommation et l'abus d'alcool et d'autres drogues ou d'en retarder l'essai. Par exemple, Moskowitz et coll. (1984a) ont étudié un programme d'éducation sur les drogues fondé sur les trois modèles de changement du comportement. Ils ont constaté que le programme a eu peu d'effets. Il a été présenté dans deux écoles secondaires aux États-Unis et comprenait 12 séances de 45 minutes portant sur la prise de décisions, la publicité, l'affirmation de soi et les informations sur l'alcool et les autres drogues. Le programme n'a eu aucun effet sur les connaissances, les attitudes ou le comportement des filles, ni aucun effet immédiat sur les garçons. Dans le cadre d'un suivi effectué cinq mois plus tard, on a observé un certain effet chez les garçons en ce qui concerne les connaissances relatives aux drogues et de leur perception des attitudes envers les drogues et de leur utilisation par des pairs. Cependant, l'ampleur des effets avait peu de signification pratique. Les auteurs ont conclu que le programme d'éducation n'était guère utile. Plusieurs études en arrivent à des conclusions similaires (par exemple, Malvin et coll.,

1985). En outre, Goodstadt (1980) a relevé 15 études dans lesquelles l'éducation aux drogues a eu un effet *négatif*, y compris l'accroissement de la consommation de drogues et la libéralisation des attitudes relatives à ces substances et à leur usage.

Même si Moskowitz et coll. (1984a) ont constaté que le programme qu'ils ont évalué a eu peu d'effets sur les connaissances, le résultat le plus commun est que les programmes d'éducation présentés à l'école accroissent les connaissances (Gliksman et Smythe, 1989). Peu de programmes agissent sur les attitudes, et un nombre encore moins grand ont un effet sur le comportement. Par exemple, Williams et coll. (1985) ont constaté que les adolescents qui ont reçu des informations sur la consommation d'alcool de la part d'un communicateur digne de foi et d'une façon non alarmiste ont acquis davantage de connaissances, mais n'ont rien changé à leur attitude.

Certaines évaluations des programmes en milieu scolaire ont permis de constater une réduction de la consommation d'alcool et d'autres drogues, mais ce phénomène n'était que de courte durée. Par exemple, on a constaté qu'un programme fondé sur le modèle des valeurs et de la prise de décisions a amené une réduction immédiate de l'usage d'alcool et de marijuana chez les filles de 7e année. Cependant, les effets ne se sont pas prolongés l'année suivante, et aucun résultat n'a été observé chez les garçons de 7e et de 8e année (Schaps et coll., 1982; Moskowitz et coll., 1984b).

Un programme global visant la prévention de l'usage du tabac, de la marijuana et de l'alcool (apprentissage de l'autonomie fonctionnelle) a été évalué récemment par Botvin (1987). Le programme a été présenté à des élèves de 7e année par des professeurs ou par les pairs les plus influents. À la fin de la 7e année, on a observé une réduction de l'usage de tabac, de marijuana et d'alcool par suite du programme présenté par les pairs. Cependant, à la fin de la 9e année, il ne restait que certains effets sur l'usage de la cigarette. En général, on a observé plus d'effets *négatifs* (c'est-à-dire un usage accru chez les élèves soumis à l'intervention) que *positifs*.

Pentz et des collègues ont évalué un programme communautaire de Kansas City qui visait les adolescents et leurs parents. Ce programme incluait notamment des présentations sur la santé dans les milieux scolaires. Cette éducation touchait l'alcool, le tabac et d'autres drogues (Pentz, Dwyer et coll., 1989; Pentz, Johnson et coll., 1989). Le programme se fonde principalement sur une philosophie de prévention basée sur les aptitudes et les influences sociales. Même si l'effet de l'intervention en milieu scolaire ne peut être isolé des autres composantes du programme (par exemple, les médias), les résultats des trois premières années du projet ont montré une réduction significative de l'utilisation de tabac, d'alcool et de marijuana chez les adolescents. Des données à plus long terme ne sont pas encore disponibles.

En résumé, on observe une grande disparité entre les résultats des évaluations cités dans la documentation internationale. Même si on a évalué un grand nombre de programmes s'inspirant du modèle des connaissances, des attitudes et du comportement, la démonstration empirique de leur efficacité est assez limitée. Certains types de programmes d'éducation peuvent agir sur les connaissances, les attitudes et même le comportement à court terme. D'autres peuvent faire augmenter l'usage de l'alcool ou d'autres drogues. Comme pour le modèle des connaissances, attitudes et comportements, peu de recherches appuient l'approche liée aux valeurs et à la prise de décisions, ainsi que l'approche fondée sur le comportement en public. Cependant, ces programmes ont fait l'objet d'évaluations moins nombreuses que ceux qui sont fondés sur le cadre plus traditionnel des connaissances, des attitudes et du comportement.

Ces constatations mitigées ressortent également des évaluations canadiennes de programmes en milieu scolaire. Plusieurs programmes québécois sont décrits par Chamberland (1989) dans sa revue de la documentation québécoise sur les campagnes visant à prévenir l'alcoolisme et les autres toxicomanies. On y présente des données sur l'évaluation des processus et des résultats de certains programmes. L'un d'entre eux a été présenté dans deux écoles primaires du Québec, et une évaluation a été effectuée par Crete et Grignon (1983). Certains objectifs du programme consistaient à transmettre des connaissances sur les drogues et leur usage, à modifier les attitudes et les comportements liés aux drogues et à améliorer la communication entre jeunes, avec leurs parents ou avec les adultes. Le programme avait plusieurs volets. Il comprenait la remise de questionnaires aux élèves de 4e, de 5e et de 6e année pour évaluer leurs connaissances et leurs attitudes sur les drogues, une séance

d'information aux parents pour leur donner les résultats du questionnaire et leur parler du programme de prévention, des travaux de groupe sur les drogues pour les élèves de 6e année et la présentation de ces travaux aux parents et à d'autres élèves. L'évaluation des processus et des résultats donne lieu à des conclusions mitigées. Même si on rapporte que le programme s'est bien déroulé, plusieurs faiblesses ont été notées, y compris l'ambiguïté des objectifs, le manque de clarté des rôles et des responsabilités des différents participants, le manque de continuité entre les diverses étapes du projet et le rôle secondaire donné aux professeurs, qui ont dû accomplir beaucoup de travail parascolaire supplémentaire sans recevoir le matériel didactique nécessaire. Selon la comparaison entre le groupe soumis au programme et le groupe de référence, le programme n'a eu aucun effet significatif sur les connaissances et les attitudes. Même si la communication entre élèves et parents sur les drogues s'est améliorée pendant le programme, elle n'a pas eu de suite. Malgré cette faille, les parents et les élèves ont fait de bons commentaires à propos de leur participation au programme.

Une étude ontarienne d'un programme d'éducation sur l'alcool, effectuée par Schlegel et coll. (1984), a comparé trois formes d'intervention auprès des élèves de 8e année: un programme scolaire d'information objective en trois séances a été comparé à des programmes en cinq séances et demie et en sept séances traitant des valeurs morales et de la prise de décisions en plus de parler objectivement des drogues. Six mois plus tard, on observait que les étudiants soumis au programme objectif consommaient moins d'alcool que ceux des deux autres groupes.

L'éducation par le théâtre a servi de médium à un programme de prévention en milieu scolaire dans plusieurs régions du Canada. Ce genre de programme attire les élèves parce qu'il est divertissant tout en permettant d'aborder les préoccupations principales des adolescents, de leurs parents et de l'école. Les programmes de théâtre présentent souvent un élément de participation qui permet aux élèves d'échanger avec les artistes et de communiquer entre eux. Cela leur permet d'observer et de pratiquer le comportement suggéré face à la consommation d'alcool ou d'autres drogues (Atwood et coll., 1987).

Les évaluations des programmes d'éducation par le théâtre révèlent des résultats semblables à ceux d'autres genres de programmes scolaires. Certaines évaluations montrent un gain à court terme au chapitre des connaissances, des attitudes et du comportement, mais aucune preuve de modification à long terme. Desbiens et Mercier (cités par Chamberland, 1989) ont évalué une mise en scène intitulée «Capitaine Cosmos» qui était présentée dans des écoles primaires de la région de Montréal. Cette mise en scène était fondée sur le programme américain *Dare*, dont le slogan est *Just Say No*. Chez les groupes de référence ou ayant fait l'objet de l'intervention, on n'a observé aucune modification, ni dans l'attitude envers les drogues et l'alcool, ni dans l'intention d'en consommer. En Alberta, une évaluation d'une mise en scène intitulée *Zeke And The Indoor Plants* a montré un effet significatif sur les connaissances des élèves à propos des thèmes du programme (Atwood et coll., 1987). Une étude ontarienne de Gliksman et coll. (1983) indique qu'une pièce de théâtre agit à court terme sur les connaissances, les attitudes et les comportements liés à l'alcool.

Il est important de remarquer que les évaluations de ces programmes de théâtre présentés à l'école et qu'un grand nombre d'autres études canadiennes portant sur les interventions en milieu scolaire se concentrent habituellement sur l'étude des processus et aux résultats. Les données touchant l'application, l'étendue et la qualité du programme sont habituellement très utiles aux planificateurs de programmes. Elles aident aussi à expliquer *pourquoi* l'intervention est parvenue ou non à susciter des changements chez les participants. Par exemple, Bartolotte et Nutter (1984) ont trouvé dans leur évaluation du programme de théâtre «Punkerpine» à Calgary et à Edmonton que seulement 37 p. 100 des professeurs donnaient suite à la pièce en organisant les activités recommandées. Les évaluations de processus des programmes de théâtre indiquent habituellement que les professeurs et les élèves donnent une très bonne cote aux aspects de la mise en scène liés au divertissement et à l'éducation (par exemple, Atwood et coll., 1987; Desbiens et Mercier (cités par Chamberland, 1989)). Les évaluations de processus peuvent aussi montrer comment les effets d'un programme dépassent les limites de la classe pour déborder sur la famille et dans l'ensemble de la collectivité. Selon une évaluation du programme

d'éducation albertain *Clever Classmates* (Hale-Matthews, 1985), la participation des parents et de la collectivité s'est accrue pendant la durée du programme. Le soutien communautaire au programme a été démontré par le temps offert à titre bénévole, de même que par les dons en biens et en espèces. Ces constatations ont complété les résultats qui indiquaient un gain significatif de connaissances sur l'alcool et les autres drogues parmi les participants.

En résumé, les résultats des évaluations canadiennes des programmes de prévention en milieu scolaire ont généralement été les mêmes que ceux publiés dans la documentation internationale. Les résultats présentent plusieurs disparités en ce qui touche la modification des connaissances, des attitudes et du comportement. Aucune méthode n'a réussi à produire un changement important, à long terme, dans la consommation d'alcool et d'autres drogues. Cependant, malgré les résultats relativement faibles de ces programmes sur le comportement réel face à l'usage d'alcool ou de drogues, il est probable qu'ils vont continuer de jouer un rôle important dans l'élaboration des programmes de promotion de la santé. L'évaluation des processus montre clairement que plusieurs types de programmes sont bien accueillis par les enfants, les adolescents, les professeurs et les parents. De plus, la plupart des Canadiens souhaitent qu'on accroisse le nombre de programmes d'éducation et de prévention sur l'alcool et les autres drogues (Eliany et coll., 1990).

Une question demeure : quelle est la meilleure façon de concevoir et de présenter à l'école des programmes qui produisent un changement durable du comportement? Il est clair que les programmes fondés seulement sur les modèles relatifs aux connaissances, aux attitudes et au comportement manquent de soutien empirique. Actuellement, on met beaucoup l'accent sur les programmes fondés sur le modèle du comportement en public. Ce modèle se concentre sur les pairs et d'autres facteurs sociaux qui influent sur l'usage d'alcool et d'autres drogues (par exemple, Botvin, 1986; Pentz et coll., 1990). Certaines preuves montrent que les programmes animés par des pairs peuvent être efficaces (Klepp et coll., 1986; Perry, 1987) et qu'ils peuvent l'être davantage que ceux animés par des professeurs ou des adultes (Schaps et coll., 1981). Cependant, les résultats sont loin d'être uniformes sur ce point et sur d'autres approches fondées sur le modèle du comportement en public (Moskowitz, 1989; Koslowsky et coll., sous presse).

Selon la conclusion de la récente étude de Moskowitz sur les programmes de prévention relatifs à l'alcool, les programmes d'éducation ne peuvent être efficaces que s'ils exigent une modification des normes et des valeurs collectives devant l'usage d'alcool et d'autres drogues, à peu près comme le changement qui s'est produit pendant la dernière décennie en ce qui a trait au tabagisme. Selon Koslowsky et coll. (sous presse), même en ce qui touche le tabagisme, les projets de politique sont probablement plus efficaces que n'importe quelle stratégie d'éducation. Récemment, Goodstadt (1988) et Gliksman et Smythe (1989) ont demandé une approche plus globale. Ces chercheurs ont recommandé que les programmes d'éducation relatifs à l'alcool et aux autres drogues soient intégrés aux politiques scolaires touchant l'alcool et d'autres drogues. Ils préconisent aussi des programmes d'identification précoce à l'intention des jeunes présentant un risque élevé. Pour renforcer les messages reçus à l'école, ces programmes en milieu scolaire doivent être soutenus par les communautés et se rattacher à d'autres interventions, comme les programmes à l'intention des parents, les campagnes médiatiques et les changements de politique. Le programme américain évalué par Pentz et coll. (1989) réunit un grand nombre de ces conditions et ses résultats préliminaires sont positifs (voir également la section ci-dessous sur les programmes communautaires). Cette approche intégrée peut sembler la plus prudente à l'heure actuelle, étant donné les preuves limitées fournies par les évaluations sur l'efficacité des programmes d'éducation présentés à l'école de façon isolée.

## Programmes en milieu universitaire et collégial

Les programmes de promotion de la santé qui visent les étudiants de niveau universitaire et collégial partagent beaucoup de traits communs avec les programmes présentés dans les écoles primaires et secondaires. Par exemple, ils s'inspirent habituellement des mêmes modèles de comportement sain, et les éléments des trois approches décrites dans les sections précédentes sont fréquemment utilisées : connaissances/attitudes/comportement, valeurs/prise de décisions et comportement en public. Cependant, il

existe une différence importante: les programmes en milieu universitaire et collégial sont souvent plus complets; par exemple, ils utilisent divers médias, dont la presse écrite et les moyens audio-visuels, de même que des changements de politique concernant la disponibilité de l'alcool. Cette approche globale présente beaucoup de similitudes avec les programmes de promotion de la santé qui visent l'ensemble de la société (voir la section ci-dessous sur les programmes communautaires).

Goodstadt et Caleekal-John (1984) ont étudié 14 évaluations de programmes d'éducation sur l'alcool en milieu universitaire. Sept d'entre eux utilisaient un groupe de référence et évaluaient les changements du comportement relatif à l'alcool rapportés par les personnes durant une certaine période de temps. Même s'ils ont constaté une réduction des problèmes imputables à l'alcool après la présentation de cinq des programmes à l'étude, la nature des évaluations ne permet pas d'établir de corrélations solides (Moskowitz, 1989). Comme pour un grand nombre d'évaluations quasi expérimentales de programmes de promotion de la santé, Moskowitz a soulevé des doutes sur l'équivalence des groupes expérimentaux et de référence dans ces études, entre autres parce que les premiers se composaient habituellement de volontaires.

Dans le cadre d'une étude, McKillip et coll. (1985) ont évalué une campagne de publicité multimédia présentée sur un campus universitaire et mettant l'accent sur la consommation responsable d'alcool. La publicité multimédia (par exemple, les affiches, les annonces publicitaires, les vitrines publicitaires et débats radiodiffusés) a été utilisée afin de promouvoir deux thèmes: il n'est pas inconvenant de refuser un verre, et on ne laisse pas un ami conduire une automobile avec facultés affaiblies. Les données de suivi recueillies au moyen d'entrevues et de questionnaires ont révélé que plus de la moitié des étudiants se sont rappelés des deux affiches thématiques utilisées pendant la campagne. Les auteurs ont conclu que les campagnes médiatiques peuvent sensibiliser les étudiants à la consommation responsable de l'alcool.

Un programme présenté dans une université américaine a tenté d'agir sur tous les sous-groupes du campus (Kraft, 1984). Le programme comprenait des approches globales d'éducation, utilisait les médias pour toucher l'ensemble de cette collectivité et déployait des ressources considérables, y compris des ateliers et des cours à l'intention de 5 à 10 p.100 des étudiants. Des campagnes communautaires visaient également à provoquer des changements dans les pratiques et les règlements touchant l'usage et l abus d'alcool sur le campus. Même si l'évaluation a montré que le programme a eu un peu d'effet sur les connaissances, elle n'en montrait guère d'autres. La seule composante efficace de l'intervention était un séminaire d'un semestre sur la planification et l'animation d'un colloque sur l'alcool. Les résultats ont montré que les participants au séminaire se présentaient moins souvent à des concours de consommation d'alcool, rapportaient s'être enivrés moins souvent et se présentaient moins souvent dans des bars ou à des fêtes. Cependant, aucune différence significative n'a été relevée en ce qui concerne la quantité moyenne d'alcool consommée par occasion, les comportements négatifs imputables à l'alcool ou les conséquences des problèmes liés à cette substance. Les résultats ont été difficiles à interpréter, car l'âge légal de consommation a augmenté pendant le programme. Compte tenu des faibles effets du programme, on ne peut appuyer la conclusion des auteurs, selon laquelle l'étude «a montré que les campagnes de prévention élémentaires peuvent modifier les connaissances, les attitudes et le comportement des étudiants». Selon les auteurs eux-mêmes, une trop grande importance a été accordée aux ateliers à participation volontaire. Les groupes qui présentaient des risques élevés n'ont pas participé en grand nombre aux principales activités du programme, et la communauté universitaire change trop rapidement.

Le programme universitaire de promotion de la santé le plus complet évalué au Canada a été présenté à l'université de Western, à London (Ontario). Le programme était intitulé *Campus Alcohol Policies and Education* (CAPE). Ce programme cherchait à prévenir les problèmes découlant de quatre comportements à risques élevés: l'enivrement, la consommation quotidienne d'alcool en grande quantité, la conduite automobile avec facultés affaiblies et la consommation avant ou pendant une activité scolaire (Hart, 1986). Même si le programme visait les étudiants de première année, on s'attendait à ce qu'il produise un effet à long terme dans l'ensemble de la communauté universitaire. Le programme CAPE présentait deux composantes interdépendantes: 1) une campagne d'éducation à grande échelle comprenant les médias,

et des stratégies de communication visant les petits groupes et l'individu et 2) des politiques régissant la vente et l'usage d'alcool sur le campus. Le programme incluait des activités de formation à l'intention des serveurs pour que ces derniers évitent de servir des clients en état d'ébriété, la mise à la disposition accrue de nourriture et de boissons non alcoolisées, la promotion de bières «légères» et l'établissement d'une échelle tarifaire différente en fonction de la teneur en alcool.

On a observé un certain nombre de problèmes pendant l'implantation et l'évaluation du programme (Gliksman, Hart et coll., 1989; Gliksman, 1990). L'évaluation des processus a soulevé l'incapacité de mettre en application comme prévu des politiques relatives à l'alcool, le manque de coopération des gérants de bars et le manque d'engagement de certains membres du personnel universitaire. Les données initiales relatives à l'efficacité du programme n'étaient pas encourageantes. Cependant, une deuxième intervention, pendant laquelle on a réduit la longueur de la campagne médiatique et mis en application seulement les politiques faisant l'objet d'un accord unanime, a semblé avoir plus de succès. Au moyen de critères d'évaluation plus complexes, Gliksman, Hart et leurs collaborateurs (1989) ont conclu que des changements positifs significatifs se produisaient au chapitre des connaissances et des attitudes liées à l'alcool chez les étudiants de première année qui participaient au programme, comparativement aux étudiants d'une autre université qui n'y avaient pas participé. Chez les étudiants des groupes expérimentaux, on a également observé une légère réduction du nombre de verres consommés par semaine, alors que les étudiants du groupe de référence ont accru nettement leur consommation entre le début et la fin du programme. Cela a laissé croire que ce dernier avait pour effet de modérer ou d'interrompre l'accroissement net et typique de la consommation d'alcool chez les étudiants pendant leur première année d'études.

En résumé, les résultats des évaluations des programmes présentés en milieu universitaire et collégial étaient contradictoires. Comme dans le cas des programmes présentés à l'école, certaines études indiquent une modification à court terme des connaissances et des attitudes, et peut-être du comportement, mais les preuves de changement à long terme sont inexistantes. Les étudiants de niveau universitaire et collégial sont l'un des plus importants sous-groupes de buveurs dans la population (Gliksman, Engs et Smythe, 1989). Il faut élaborer d'autres solutions pour ce groupe cible et répéter les résultats positifs tirés de certaines évaluations.

## Programmes médiatiques

Les campagnes médiatiques, comme la plupart des programmes d'éducation, ont été fondées surtout sur le modèle des connaissances, des attitudes et de comportement. Elles semblent produire des effets semblables à d'autres programmes d'éducation sur l'alcool et d'autres drogues: leur effet s'exerce surtout sur les connaissances et la sensibilisation, et à un moindre degré sur les attitudes, l'impact sur le comportement étant négligeable (Hewitt et Blane, 1984). Nombre de programmes des médias sont maintenant intégrés dans des programmes de promotion de la santé plus étendus et axés sur l'ensemble de la société.

Moskowitz (1989) a étudié six des évaluations les mieux conçues de campagnes médiatiques effectuées entre 1971 et 1982. Elles avaient été étudiées précédemment par Hewitt et Blane (1984). De ces campagnes, trois mettaient l'accent spécifiquement sur la consommation responsable ou sur l'abus d'alcool et utilisaient les télécommunications ou la presse écrite pendant deux ou trois ans (Louis Harris et associés, 1974; King et Anderson, 1981; Wallack et Barrows, 1982-1983). Deux de ces programmes faisaient aussi appel à des organismes communautaires (King et Anderson, 1981; Wallack et Barrows, 1982-1983). Comme l'a fait remarquer Moskowitz (1989), aucune des études n'a révélé de changements au titre des connaissances et du comportement. Une seule a souligné des changements d'attitudes, autant négatifs que positifs (King et Anderson, 1981). Une quatrième campagne a été étudiée par Moskowitz (1989); il s'agissait d'un vaste programme multimédia de promotion de la santé. L'évaluation a montré certains petits changements positifs au titre des connaissances, un changement marginal des attitudes mais aucune modification du comportement (Mielke et Swinehart, 1976). Les deux dernières études examinées ont été effectuées au Canada et portaient sur les effets des campagnes de lutte contre la conduite automobile en état d'ébriété (Pierce et coll., 1975; Vingilis et coll., 1979). Les deux campagnes permettaient d'accroître les connaissances, et on a

remarqué que l'une d'elles suscitait plusieurs petits changements comportementaux positifs qui furent rapportés par les personnes elles-mêmes (Pierce et coll., 1975). Moskowitz (1989) en a conclu que les campagnes médiatiques ne sont pas susceptibles, à elles seules, de produire des changements significatifs et durables en ce qui touche l'usage d'alcool ou d'autres drogues, pas plus que les programmes d'éducation présentés à l'école.

Plutôt que de mettre l'accent sur le changement de comportement des personnes exposées aux campagnes médiatiques, on a suggéré que ces programmes pouvaient être utiles pour accroître le soutien du public à d'autres campagnes de promotion de la santé, comme la taxation ou les restrictions sur la publicité. L'évaluation du *Community Action Project* en Nouvelle-Zélande (Casswell et Gilmore, 1989) a montré de quelle façon les campagnes médiatiques peuvent apporter une telle contribution. Dans ce projet, six villes ont été choisies; deux d'entre elles ont fait l'objet d'une campagne médiatique, deux autres ont fait l'objet de la même campagne et ont reçu les services d'organismes communautaires, et les dernières n'ont fait l'objet d'aucune activité supplémentaire relative à l'alcool. La campagne médiatique visait à stimuler les discussions à propos des politiques et à influencer l'appui communautaire aux restrictions sur la disponibilité de l'alcool et sur la publicité pour cette substance. Pour un grand nombre des mesures d'évaluation (par exemple, l'appui du grand public aux restrictions sur la disponibilité), on observait des attitudes plus libérales parmi les communautés de référence qui n'ont pas fait l'objet de la campagne médiatique. Le fait que les collectivités touchées par une intervention n'aient pas suivi cette tendance a été considéré comme un effet positif du programme. Même si l'effet des médias sur la plupart des variables de l'étude n'a pu être isolé de celui qu'a suscité l'organisme communautaire, on a conclu que les campagnes médiatiques peuvent constituer une composante utile d'un programme de promotion de la santé plus complet.

Outre les études canadiennes citées par Moskowitz (1989), un certain nombre d'évaluations de campagnes médiatiques ont été effectuées au Canada. Plusieurs de ces campagnes mettaient l'accent sur la promotion de la santé. Santé et Bien-être social Canada (1988) a évalué six campagnes d'information et de sensibilisation du public à l'échelle nationale, dont trois en anglais et trois en français: «*Really me*»/«Les drogues... pas besoin!» (Programme d'action contre les drogues); «*Play It Smart*»/«Moi, j'ai toute ma tête!» (Programme national à long terme de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies) et «*Break Free*»/«Pour une génération de non-fumeurs» (Programme national de lutte contre le tabagisme). Les données ont été recueillies en deux étapes au moyen d'entrevues et de questionnaires personnalisés et présentés à domicile. Un pourcentage élevé des personnes composant les groupes cibles primaires et secondaires de chaque suivi publicitaire, y compris celles qui présentaient des risques, étaient au courant de la campagne. La plupart des répondants croyaient que les annonces publicitaires étaient intéressantes et dignes de foi, et un grand nombre d'entre eux étaient capables de se rappeler de plusieurs messages clés de la campagne. On a également demandé aux répondants s'ils croyaient être susceptibles (ou que d'autres l'étaient) de changer leur comportement devant l'usage d'alcool et d'autres drogues, ou encore face à la conduite automobile avec facultés affaiblies et le tabagisme, par suite de la campagne. La plupart ont répondu de façon positive à ces mesures comportementales.

Dans le cadre d'un programme présenté à Sudbury (Ontario) et visant à prévenir la conduite automobile avec facultés affaiblies, Caverson et coll. (1990) ont combiné l'utilisation des médias avec d'autres stratégies de persuasion et de coercition. Pendant un an, on a arrêté des conducteurs au hasard, et ceux qui n'avaient pas bu recevaient une récompense (pochette de plastique pour insérer le permis de conduire) en vue de renforcer le respect de la loi. En même temps, des messages publicitaires dont le thème était «Merci d'être un conducteur prudent» visaient ces mêmes conducteurs et tentaient de renforcer la sobriété au volant. L'évaluation mettait l'accent principalement sur le degré de soutien communautaire, et ses résultats ont été très positifs. Même si on ne connaît pas les effets de la campagne sur les attitudes et sur la conduite automobile avec facultés affaiblies, c'est un autre exemple de la façon dont les campagnes médiatiques peuvent s'intégrer à d'autres types d'interventions communautaires de promotion de la santé.

Whitehead (1978) a produit un rapport sur l'évaluation de la campagne AWARE en Saskatchewan; il s'agissait d'une campagne

médiatique dont le thème était la consommation raisonnable d'alcool. L'évaluation des résultats a été effectuée au moyen d'une étude à partir d'un groupe restreint (*panel study*) composé des mêmes personnes interrogées avant et après une année de participation au programme. Les collectivités rurales et urbaines étaient comprises. Une communauté de référence d'une autre province faisait également partie de l'étude mais n'était pas touchée par la campagne. Les résultats de l'évaluation ont fourni peu de preuves que la campagne médiatique ait suscité un effet significatif sur les attitudes pertinentes de la population touchée (par exemple, attitudes face à l'intoxication, acceptation des mesures sociales). D'autres éléments de l'évaluation touchaient l'application du programme et l'exposition réelle à la publicité ainsi que le souvenir qu'on en gardait. La notoriété spontanée des annonces publicitaires était faible (Whitehead, 1979). Cependant, les annonces ont été remarquées par les habitants de la Saskatchewan, la plupart d'entre eux étant favorables à un tel message.

Pendant les années 80, l'*Alberta Alcohol and Drugs Commission* (AADAC) a consacré des ressources considérables aux campagnes médiatiques à l'intention des adolescents et, dans une proportion moindre, à leurs parents. Les campagnes comprenaient des messages diffusés à la télévision, à la radio et dans la presse écrite, de même que *Zoot Capri*, un magazine pour adolescents contenant des articles d'intérêt général et sur des thèmes spécifiques liés à la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies. Ces programmes ont été évalués en vertu de plusieurs critères incluant les résultats comportementaux.

Une étude a permis de suivre pendant quatre ans l'effet de la campagne de prévention primaire de l'AADAC à l'intention des adolescents (Thompson, 1986a). Les données d'évaluation recueillies par des entrevues auprès d'adolescents albertains et de leurs parents ont montré que des composantes de la campagne médiatique ont très bien réussi à sensibiliser les adolescents et leurs parents à l'abus de drogues. Par exemple, tous les adolescents (100 p.100) et la plupart des mères (87 p.100) se sont rappelés d'au moins un des messages de la campagne de l'AADAC. La plupart des adolescents et des parents qui étaient au courant de la campagne ont également affirmé qu'elle leur a été bénéfique. Des adolescents ont affirmé qu'elle les a aidés à mieux composer avec les pressions qui les portaient à boire, à consommer d'autres drogues ou à fumer. Les mères ont indiqué qu'elle les a aidées à discuter avec leurs adolescents sur la façon de composer avec ces pressions. En outre, le pourcentage d'adolescents albertains qui buvaient de l'alcool a diminué entre 1981 et 1985, passant de 55 p.100 à 47 p.100. Par contre, le pourcentage d'adolescents faisant usage d'alcool n'a pas accusé une diminution semblable dans la province de référence, le Manitoba, où des campagnes identiques à celle de l'AADAC n'ont pas été mises en oeuvre (49 p.100 en 1981 et en 1985). De plus, la fréquence des occasions de boire et la quantité totale d'alcool consommée par les adolescents albertains ont diminué de façon significative entre 1981 et 1985. La première consommation d'alcool avait également tendance à être retardée. On a observé tout le contraire au Manitoba. Nombre de ces résultats se sont répétés dans une enquête ultérieure sur les ménages où l'on a comparé les adolescents de l'Alberta et du Manitoba (Thompson et coll., 1987).

Le dernier suivi de l'évaluation de l'AADAC a été entrepris en vue de déterminer les modifications longitudinales et les tendances au titre de la réalisation des objectifs du programme (Thompson, 1988). Toute la série d'enquêtes sur les ménages portant sur les adolescents de l'Alberta et du Manitoba et sur leurs parents (1981, 1983 et 1985-1987) a été utilisée pour évaluer l'effet de la campagne médiatisée. Tout comme les études précédentes, les résultats ont montré que la plupart des adolescents albertains et de leurs parents étaient au courant de la campagne et l'ont trouvée bénéfique pour eux. Cependant, contrairement aux résultats antérieurs, les données mesurées en cinq étapes ont révélé un écart par rapport à l'évolution favorable de plusieurs indicateurs qu'on relevait dans les études précédentes : âge où le premier verre est consommé, quantité totale d'alcool consommée et pourcentage de non-fumeurs. Par exemple, même si le pourcentage des adolescents albertains qui consomment de l'alcool a diminué régulièrement en passant de 55 p.100 en 1981 à 43 p.100 en 1987, la consommation d'alcool a accusé une baisse plus rapide au Manitoba entre 1986 et 1987. De même, les données portant sur l'âge où les adolescents commencent à boire et sur la quantité d'alcool consommée révèlent que les adolescents albertains ont commencé à boire plus jeune que ceux du Manitoba. Même si les adolescents albertains et leurs parents étaient toujours bien au courant des

campagnes, on a conclu que la sensibilisation aux idées principales des programmes déclinait rapidement. On a suggéré que le retrait des messages diffusés à la radio et à la télévision en 1986 (en vue de concentrer l'attention sur *Zoot Capri*) était grandement responsable des résultats négatifs. On a également avancé que les médias électroniques peuvent être nécessaires, en plus de la presse écrite, pour mettre l'accent sur les objectifs de prévention de l'AADAC et renforcer ces derniers.

Les résultats de ces études canadiennes des campagnes médiatisées sont généralement compatibles avec ceux que l'on retrouve dans la documentation internationale. Même si les campagnes médiatisées *peuvent* agir sur les connaissances relatives à l'alcool et aux autres drogues, de même que sur la sensibilisation aux sujets connexes, les campagnes ne sont pas susceptibles de créer à elles seules des changements comportementaux à long terme. Ces campagnes semblent produire plus d'effets dans des domaines qui intéressent déjà la population cible (par exemple, la conduite automobile avec facultés affaiblies). Il conviendrait de les considérer comme un des éléments d'une stratégie plus globale de promotion de la santé. Ainsi employées, les campagnes médiatiques peuvent créer un environnement propice à l'action des autres stratégies (par exemple, politiques relatives au contrôle de l'alcool).

## Programmes de prévention axés sur la famille

Les programmes de prévention axés sur la famille représentent une autre option parmi la gamme de programmes de promotion de la santé relatifs à l'alcool et aux autres drogues. Certains programmes axés sur la famille tentent de modifier les connaissances et les attitudes des parents devant l'alcool et les autres drogues. D'autres mettent l'accent sur l'amélioration générale des compétences parentales.

Deux modèles socio-psychologiques ont été particulièrement importants dans l'élaboration de programmes d'éducation à l'intention des parents. Un grand nombre de programmes ont été fondés sur l'approche de la «persuasion», par laquelle on tente de modifier les croyances et les attitudes des parents en leur fournissant des informations. Les parents sont également encouragés à exercer des pressions normatives en vue de modifier la perception que leurs enfants se font d'eux-mêmes. Par l'influence de l'attitude ou de l'aspect normatif, on pense que les parents agissent sur le comportement de leurs enfants.

La deuxième approche se fonde sur la théorie «behavioriste» ou de l'«apprentissage social». Cette approche a pour prémisse que le comportement peut être modifié au moyen de renforcements positifs et négatifs. De plus, elle est fondée en grande partie sur l'imitation de modèles. Les programmes d'éducation à l'intention des parents qui sont fondés sur cette approche reposent sur la conviction que le comportement d'un enfant peut être modelé par le recours judicieux aux récompenses et aux punitions et par le fait que les parents servent de modèles positifs pour les enfants.

Même si ces deux approches de prévention ont fait l'objet d'un grand nombre de recherches, on a très peu étudié l'efficacité des programmes à l'intention des parents qui sont fondés sur l'une d'elles. On peut diviser ces programmes d'éducation entre ceux qui tentent d'enseigner aux parents à composer plus efficacement avec leurs enfants sans insister sur des problèmes comportementaux particuliers, et ceux qui mettent spécifiquement l'accent sur l'alcool et les autres drogues. Une étude des programmes d'éducation à l'intention des parents, publiée par Santé et Bien-être social Canada (1984), a cerné 12 programmes fondés sur la première approche, et 10 sur la seconde. Des 22 programmes, seulement six présentaient une forme d'évaluation officielle. Moskowitz (1989) a examiné deux études de programmes d'éducation axés sur la famille; ils étaient mis en oeuvre auprès de parents d'enfants normaux et mettaient l'accent sur la prévention des problèmes relatifs à l'alcool et aux autres drogues chez les adolescents. L'une des études était un programme d'intervention à l'intention des parents qui s'inscrivait dans le cadre d'un programme en milieu scolaire (Gersick et coll., cité par Moskowitz, 1989). Pendant 12 heures, les parents ont reçu des renseignements et de la formation sur la prise de décisions, les aptitudes de communication, le développement des adolescents et l'usage d'alcool et d'autres drogues. Comparativement à un groupe de référence, les participants ont présenté certaines améliorations à court terme au chapitre de leurs

compétences parentales. Cependant, le recrutement des parents et les abandons ont été cités comme étant les problèmes principaux.

La deuxième étude examinée par Moskowitz a été effectuée en Ontario par Shain et coll. (1980). Il s'agit de l'évaluation d'un programme de 20 heures conçu selon le programme de formation à l'intention des parents. Ce programme met l'accent sur les aptitudes de communication et de résolution de problèmes. On essayait de créer une atmosphère familiale dans laquelle les enfants prendraient des décisions plus avisées. Des comparaisons ont été effectuées entre deux groupes expérimentaux et un groupe de référence. Selon les résultats, le cours était efficace pour susciter des changements positifs à court terme dans la perception des enfants face à la vie de famille et dans le degré d'aptitudes des parents, particulièrement au chapitre de l'écoute active. Cependant, les compétences parentales, comme la confrontation constructive et la résolution de problèmes, ont réussi à prévenir la consommation d'alcool chez les enfants seulement lorsque les parents étaient abstinents. Les enfants des participants qui buvaient ont imité le comportement de leurs parents et ont accru leur consommation d'alcool.

Parmi les autres évaluations canadiennes, on retrouve celle d'Albert et coll. (1983) qui porte sur un programme d'éducation sur l'alcool conçu à l'intention des parents par le *U.S. National Council on Alcohol Education*. Le cours visait les parents qui n'éprouvaient pas de problèmes imputables à l'alcool. Il cherchait à les aider à étudier l'influence qu'ils ont sur le comportement de leurs enfants. De plus, le cours tentait de les aider à jouer un rôle de modèle responsable. Il se composait de huit séances d'une demi-heure menées par des animateurs sans formation professionnelle et touchait une vaste gamme de sujets, y compris les effets de l'alcool sur l'organisme, les motifs pour en consommer et le rôle de modèle des parents. Pendant l'étude, on recrutait au moins un groupe de 16 personnes dans six collectivités ontariennes. Les questionnaires administrés avant et après le cours ont montré un accroissement significatif des connaissances relatives à l'alcool chez les participants au programme, comparativement au groupe de référence. Cependant, on n'a observé aucune modification marquée des attitudes envers l'alcool, des connaissances ni du comportement des parents. On a observé une modification imprévue et négative de l'attitude de certains parents. Cette modification pourrait provenir du fait que certains participants étaient des parents bénévoles trop préoccupés. Le volet du programme cherchant à clarifier les valeurs a peut-être apaisé cette préoccupation excessive, ce qui s'est manifesté par un relâchement des attitudes lors du posttest. On a suggéré que de tels programmes devraient seulement être offert à des parents qui ont un besoin évident de se renseigner ou de changer d'attitude.

Parmi les travaux effectués au Canada, on retrouve une étude albertaine rapportée par Nutter (1984) où l'on évaluait une intervention correspondant sous certains aspects à une intervention familiale. L'évaluation portait sur un projet de théâtre participatif destiné aux parents et aux adolescents. Ce programme était conçu pour améliorer la communication et la compréhension mutuelle. On a supposé qu'en améliorant la communication entre les parents et les adolescents, on pourrait éviter les problèmes imputables à l'usage de l'alcool et d'autres drogues. La pièce a été présentée dans plusieurs communautés du nord et du centre de l'Alberta. Les participants étaient recrutés de diverses façons, y compris les contacts personnels, les affiches, les brochures et la publicité. Le degré d'appréciation des participants a été mesuré par des questionnaires présentés après la pièce de théâtre et touchant les réactions face à la pièce et à son thème. On a aussi effectué un suivi un mois plus tard en vue de déterminer si les participants avaient discuté de la pièce de théâtre et s'ils avaient perçu des modifications dans les schèmes de communication familiale. Selon les résultats, les participants ont réagi de façon très positive à la pièce, et cette dernière les a aidés à comprendre l'importance de la communication. La moitié des adolescents et plus de 85 p.100 des parents ont manifesté l'intention de discuter de la pièce une fois qu'elle était terminée. Les réponses au questionnaire de suivi étaient peu nombreuses et l'échantillon des répondants n'était pas représentatif du groupe d'origine. Ces facteurs et l'absence de données sur le taux initial de communication dans la famille avant la pièce ont écarté toute conclusion définitive concernant les effets du programme sur les attitudes pertinentes ou sur les formes de communication.

Les évaluations des programmes de prévention axés sur la famille ont fourni peu de preuves des effets à long terme sur l'usage d'alcool et d'autres drogues

chez les enfants. Pour les parents, certains résultats sont positifs, et on observe des améliorations au chapitre de la confiance, de l'estime de soi, des connaissances et des attitudes. Cependant, on n'a pas étudié la mesure dans laquelle les parents traduisent ces changements dans leur comportement à la maison. Chez les enfants, les résultats sont moins positifs; on a observé des changements comportementaux négligeables ou, dans certains cas, un accroissement de la consommation des substances visées. En outre, pendant les programmes de prévention axés sur la famille, on a eu du mal à recruter des parents et à maintenir leur participation.

On a suggéré que l'efficacité des programmes d'éducation à l'intention des parents peut s'améliorer si l'on prend en considération l'âge des enfants et leur stade de développement (Santé et Bien-être social Canada, 1984). Plutôt que de destiner l'ensemble de ces programmes à tous les parents, on devrait orienter ces derniers vers les programmes qui sont le plus appropriés au stade de développement moral de leurs enfants. Il faut également prendre en considération les différences de culture, de valeurs et d'objectifs. Si les programmes axés sur la famille doivent continuer à être considérés comme une option valable en matière de promotion de la santé, divers types de programmes devront être élaborés à l'intention de classes sociales et de groupes ethniques différents. Même si les programmes de prévention axés sur la famille peuvent être utilisés pour enrichir d'autres programmes, comme les programmes de prévention en milieu scolaire, leurs objectifs doivent être énoncés clairement, et leurs résultats doivent être évalués en fonction de ces objectifs. Actuellement, les preuves ne permettent pas de conclure que les programmes familiaux appuient les campagnes de prévention ou qu'ils garantissent le choix d'un type de programme plutôt qu'un autre.

## Programmes communautaires

Ces programmes de promotion de la santé visent l'ensemble de la collectivité. Une «collectivité» peut être définie de nombreuses façons, par exemple, selon les aspects géographiques, culturels ou organisationnels (Perry, 1986; Pederson et coll., 1990). Selon Rothman (1979), dans le cadre d'interventions axées sur la collectivité, on peut orienter les campagnes de trois façons différentes: développement communautaire (encourager la participation de la collectivité à la résolution des problèmes), planification sociale (résoudre des problèmes particuliers) et action sociale (soutenir les groupes défavorisés). En pratique, ces modèles se chevauchent souvent. En outre, la portée des programmes réunis sous l'étiquette générale d'«intervention axée sur la collectivité» varie considérablement. Les programmes les moins complexes recourent à des variables ou à d'autres stratégies de promotion de la santé (par exemple, les médias); cependant, ils les mettent en application dans le cadre d'un contexte communautaire spécifique, et les consultations communautaires constituent alors un aspect secondaire de la mise en oeuvre. Ces programmes se fondent en grande partie sur le modèle des connaissances, des attitudes et du comportement pour justifier les changements comportementaux. Les interventions communautaires les plus élaborées présentent de multiples aspects et sont fortement intégrées; parmi leurs composantes, on retrouve le développement communautaire, l'éducation communautaire, les médias, les groupes de discussion, les interventions de personne à personne, les ateliers, les changements d'orientation et l'aménagement du cadre de vie. Des programmes globaux de ce type s'inspirent d'une diversité de modèles théoriques relatifs au comportement sain de l'individu (par exemple, la théorie de l'apprentissage social et la théorie de la communication persuasive). Ils peuvent également s'inspirer de modèles globaux pour la planification des interventions communautaires (par exemple, Green et coll.,1980). En dernier lieu, l'approche la plus étendue peut mettre l'accent sur l'ensemble du contexte environnemental de la collectivité, comme dans le projet de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Canada intitulé «*Healthy Cities*» (Villes en santé) (Ashton et coll., 1986; Hancock, 1987).

Même si les programmes communautaires de promotion de la santé axés sur la collectivité ont suscité un grand enthousiasme, peu d'entre eux mettent l'accent sur l'alcool ou les autres drogues. La plupart de ces programmes de prévention communautaire avaient un objectif global de promotion de la santé et mettaient l'accent sur la réduction des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Les meilleurs exemples connus sont la *Stanford Three Community Study*, la *Stanford Five Community Study*, le *Minnesota Heart Health Program*, la *Pawtucket Experiment* et le programme de la Carélie du Nord, en Finlande (voir Shea et Basch (1990) pour un aperçu de ces programmes). On cite souvent ces

études en considérant qu'elles fournissent des preuves de l'efficacité des programmes (par exemple, McAlister et coll., 1982). Cependant, malgré la qualité et la vaste portée de certains de ces programmes, les évaluations obtenues jusqu'à maintenant n'ont pas été positives sur tous les aspects. Par exemple, dans l'étude de la Carélie du Nord, la façon dont l'évaluation a été conçue peut avoir produit des résultats mitigés (Klos et Rosenstock, 1982), et ces derniers ont fait l'objet de débats vigoureux (Solomen, 1987; McCormick et Strabanek, 1988). Dans la *Stanford Three Community Study*, plusieurs effets attribués à l'intervention communautaire étaient peu marqués, sauf lorsque les participants présentaient un risque élevé et qu'ils recevaient également une éducation et une formation intensives sous forme de counselling à domicile (Farquahar et coll., 1977). Harris (1985) a traité de la méthode utilisée dans cette intervention communautaire et a avancé que l'étude peut avoir été faussée pour que les effets observés soient positifs.

Pendant l'exécution de certains programmes de promotion de la santé axés sur l'alcool, les campagnes médiatisées ont été appuyées par la participation de la collectivité et des organismes communautaires. L'un des premiers programmes du genre a été connu sous le nom de *California Prevention Demonstration*, ou «*Winners Campaign*». Ce programme a été évalué par Wallack et Barrows (1982-1983). Il visait à modifier les attitudes et le comportement liés à la consommation d'alcool dans la collectivité. Selon l'évaluation, rien ne prouve que le programme ait été efficace.

Le *Community Action Project* de Nouvelle-Zélande, abordé précédemment dans la section sur les campagnes médiatisées, faisait appel, lui aussi, à un organisme communautaire. Ce projet tentait de soutenir les politiques de contrôle de l'alcool touchant la disponibilité et la publicité, de même que la consommation de cette substance chez les hommes (Casswell et Gilmore, 1989; Casswell et Stewart, 1989). La stratégie de l'organisme communautaire, combinée aux médias, a tempéré le libéralisme du public face à la disponibilité de l'alcool et à la publicité à ce sujet. L'évaluation du processus a montré que les programmes communautaires traitant l'alcoolisme dans une optique de santé publique provoquaient de la résistance dans certains secteurs de la collectivité. Par contre, ils ont bénéficié d'un soutien considérable de plusieurs organismes communautaires et des médias.

Entre 1982 et 1986, on a mis sur pied à San Francisco un programme global, axé sur la collectivité et visant la prévention des problèmes imputables à l'alcool (Wallack, 1984-1985). Le projet comprenait trois composantes principales: la recherche, l'éducation et la planification communautaire. Wittman (1990) a résumé l'historique et les résultats du projet. Ses conclusions sont mitigées. Un comité de planification, formé pendant le déroulement du projet, a réussi à prévenir un élargissement dans la disponibilité de l'alcool (vente de bière et de vin dans les stations-service locales). Cependant, la plupart des projets ne se sont pas traduits par des programmes significatifs ou par des changements de politique.

Un autre projet communautaire de Californie s'est inspiré du projet de prévention de San Francisco (Shane et Cherry, 1987). Mis en oeuvre par un groupe de travail sur les drogues d'une commission scolaire locale, le *Castro Valley Project* a mobilisé la collectivité pour qu'elle définisse et évalue ses problèmes imputables à l'alcool. Contrairement au programme de San Francisco, ce projet a été bien soutenu par la collectivité et a permis d'appliquer plusieurs mesures préventives (Wittman, 1990). Parmi les raisons de ce succès, on a cité la grande importance accordée aux communications et à l'utilisation des médias. Les données ne permettent pas encore de déterminer si le projet et les campagnes de prévention ultérieures se sont traduits par un changement dans l'usage d'alcool ou d'autres drogues ou encore par une amélioration des problèmes sociaux connexes.

À Kansas City et à Indianapolis, un programme communautaire à l'intention des adolescents et de leurs parents est toujours en cours et a donné quelques résultats positifs (Pentz et coll., 1990). L'intervention présente cinq aspects: éducation sur la santé dans les écoles, intervention auprès des parents et de la famille, organismes communautaires, changement des politiques et médias. Les quatre premiers aspects sont introduits au nombre d'un par année, et les médias sont utilisés pendant toute la durée du projet. Plus de 32 500 adolescents sont évalués tous les ans, et des données sont également recueillies auprès de la collectivité, des leaders d'opinion et des parents. Selon les résultats des trois

premières années à Kansas City, le groupe soumis à l'intervention présente une croissance nette de l'usage de cigarettes, d'alcool et de marijuana deux fois moindre que celui des groupes de référence (Pentz, Dwyer et coll., 1989; Pentz, Johnson et coll., 1989). Par rapport à ces groupes, les parents et les adolescents du groupe ayant fait l'objet de l'intervention étaient également beaucoup plus susceptibles de s'engager dans des pratiques préventives, d'adopter des comportements sains (par exemple, l'exercice aérobique) et étaient moins susceptibles d'avoir consommé de l'alcool la semaine précédente (Pentz, Johnson et coll., 1989).

Récemment, un symposium a eu lieu à Scarborough (Ontario), et on y a résumé l'expérience internationale dans le domaine des interventions communautaires face à l'alcool et aux autres drogues (Giesbrecht et coll., 1990). Plusieurs études canadiennes ont été abordées dans ce symposium, même si toutes n'avaient pas la même portée globale. Certaines évaluations ont été incluses dans d'autres sections du présent rapport (par exemple, Caverson et coll., (1990) dans les campagnes médiatisées et Gliksman et coll. (1989) dans les programmes présentés dans des établissements d'études universitaires/collégiales). Cependant, deux projets supplémentaires sont dignes de mention.

Un programme mis en oeuvre à Thunder Bay (Ontario) comprenait l'élaboration et l'adoption d'une politique visant à réglementer les permis de vente d'alcool dans les parcs et les établissements de loisirs de la municipalité. Afin d'amener les personnes à se soumettre volontairement aux règlements, on a également mis en oeuvre une campagne de marketing à grande échelle qui comprenait, par exemple, des communiqués, des messages d'intérêt public, des annonces payées, des brochures et des affiches (voir Douglas (1990) pour obtenir un aperçu du projet). Selon les résultats de l'évaluation, la campagne a convaincu davantage de résidents de se soumettre à la politique. En outre, par rapport à la collectivité de référence, on a observé des modifications significatives des attitudes des résidents en ce qui touche le contrôle légal de la consommation d'alcool, la tolérance de la consommation d'alcool chez les mineurs et le soutien à l'usage d'alcool dans les établissements de loisirs (Gliksman et coll., 1990).

Giesbrecht et coll. (1990) ont rédigé un rapport sur une intervention communautaire dans une petite ville du sud de l'Ontario. La recherche avait pour but de déterminer si la distribution globale de la consommation d'alcool dans la collectivité peut être influencée par la modification des habitudes de consommation d'un nombre significatif de grands buveurs au moyen d'un programme individuel de counselling et d'éducation. D'autres aspects du programme cherchaient à susciter les nouveaux projets de programmes et de politiques par l'entremise de la mobilisation et de l'organisation de la collectivité. Selon les résultats, la consommation d'alcool des participants au programme de counselling a diminué de façon marquée. En outre, le projet a attiré l'attention des médias locaux et a suscité de l'intérêt chez les membres des comités locaux de santé et de services sociaux quant aux problèmes imputables à l'alcool. Cependant, l'étude n'a pu prouver une chute de la quantité totale d'alcool vendue ou une modification marquée de la distribution de la consommation d'alcool dans la population. L'évaluation du processus a mis en lumière une résistance significative au programme et les moyens par lesquels certains aspects de cette résistance ont été vaincus.

L'évaluation de ces programmes communautaires de prévention donne généralement des résultats semblables à ceux des programmes d'éducation: preuves de l'accroissement des connaissances et de la modification des attitudes, et peut-être de modifications comportementales à court terme. Des études supplémentaires seront nécessaires pour démontrer des modifications comportementales importantes et durables découlant de projets actuellement en cours (par exemple, le *Midwestern Prevention Project*, Pentz et coll., 1990). Comme nous l'avons affirmé précédemment dans la section sur les programmes d'éducation présentés à l'école, certains chercheurs (par exemple, Moskowitz, 1989) ont comparé l'usage immodéré d'alcool et d'autres drogues au tabagisme. Selon eux, comme les modifications des normes et des valeurs de la société face à la cigarette ont contribué à l'efficacité des programmes de prévention et d'élimination du tabagisme, des modifications similaires des normes et des valeurs liées à l'alcool et aux autres drogues seront nécessaires pour améliorer l'efficacité des programmes de prévention axés sur ces substances. Cependant, la meilleure façon d'exercer un effet sur les normes et les valeurs communautaires reste toujours à déterminer. Une approche échelonnée

sur un grand nombre d'années, présentant de multiples aspects et faisant appel aux stratégies d'éducation, aux médias et à l'environnement a des chances de produire un tel effet.

L'importance accrue de l'analyse systémique des problèmes d'alcool est à l'origine de l'approche communautaire (voir Wallack (1984-1985) et Holder et Wallack (1986) pour la discussion). Dans cette perspective, la consommation d'alcool ou d'autres drogues et les conséquences de cette consommation doivent être considérées comme faisant partie d'un système ou d'un réseau plus vaste de variables interdépendantes. L'accent ne peut être mis seulement sur l'individu; la famille, la collectivité et les facteurs sociaux, économiques, juridiques, politiques, culturels et physiques doivent également être pris en considération. Nous en savons toujours relativement peu sur la prévention communautaire des problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues; il est donc nécessaire d'effectuer des études supplémentaires sur son application et son efficacité. En outre, nous ne faisons que commencer à explorer les nouvelles voies qu'ouvre l'évaluation des interventions communautaires, ainsi que les problèmes qu'elle soulève (par exemple, Goodstadt, 1990).

## Programmes à l'intention des serveurs

Pendant les 15 dernières années, il est arrivé de plus en plus souvent que des personnes se fassent poursuivre pour la conduite de leurs clients, invités ou collègues en état d'ébriété. Même si le *Code criminel* prévoit des sanctions pour les conducteurs aux facultés affaiblies, aucune disposition ne touche les gens qui incitent les conducteurs fautifs à boire ou ceux qui servent de l'alcool. En mettant l'accent sur la situation qui mène à la consommation immodérée d'alcool, le *Code civil* et la formation à l'intention des serveurs inaugurent une approche nouvelle et éventuellement importante pour prévenir la conduite automobile avec facultés affaiblies ainsi que d'autres problèmes liés à l'ébriété. Ces cinq dernières années, les organismes hôteliers, les organismes gouvernementaux et les producteurs d'alcool ont adopté ou élaboré des programmes de formation à l'intention des serveurs. Un certain nombre d'États américains ainsi que les gouvernements de l'Ontario et de la Colombie-Britannique imposent des programmes de formation à l'intention de tous les serveurs des établissements où il est permis de vendre de l'alcool. Au gouvernement fédéral, la Direction générale de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada, avec la collaboration du *National Steering Committee on Impaired Driving*, a soutenu une conférence nationale sur la formation à l'intention des serveurs en mars 1989.

L'intervention auprès des serveurs est une approche environnementale en matière de prévention, car elle tente de modifier l'environnement des établissements où il est permis de vendre de l'alcool. L'objectif consiste à créer un environnement de consommation d'alcool plus sûr au moyen d'un ensemble de stratégies conçues pour réduire le risque que les clients s'enivrent, qu'ils se blessent ou qu'ils blessent d'autres personnes. L'intervention auprès des serveurs comprend la formation de ces derniers en matière de pratiques responsables (par exemple, savoir reconnaître l'ébriété et cesser de servir les clients ivres), la promotion des boissons non alcoolisées, les services de transport de rechange (y compris des programmes de conducteurs désignés, où les conducteurs qui ne consomment pas d'alcool sont servis à prix réduit ou gratuitement) et la sensibilisation des serveurs à leurs responsabilités.

Les résultats préliminaires mesurés aux États-Unis et au Canada montrent que les programmes de formation à l'intention des serveurs réduisent efficacement le nombre de personnes en état d'ébriété. Quatre évaluations ont été effectuées jusqu'à maintenant — trois aux États-Unis, et une au Canada. La première évaluation d'un programme de ce type portait sur un programme de prévention global des problèmes imputables à l'alcool dans un bar de la marine américaine à San Diego (Saltz, 1985; 1986; 1987). Selon les résultats, le taux de consommation a diminué de façon significative, et la probabilité que les consommateurs s'enivrent a été coupée de moitié. On n'a observé aucune réduction de la consommation totale d'alcool par les clients; les revenus n'étaient donc pas touchés. Cependant, la globalité du programme (18 heures de formation et autres politiques de soutien de la direction) et le caractère fermé d'une base militaire ne permettent pas d'étendre ces résultats à d'autres bars ni à d'autres tavernes.

Une autre étude évaluait l'effet du programme «TIPS» (*Training for Intervention Procedures by Servers*, formation sur les procédures d'intervention à

l'intention des serveurs dans deux bars d'une cité universitaire entourée d'une zone rurale (Russ et Geller, 1987; Geller et coll., 1987). La formation comprenait environ six heures de sketchs sur bandes vidéo, de discussions dirigées par un animateur et de jeux de rôle effectués par les serveurs. Au moyen d'acteurs jouant le rôle de clients, on a constaté que les serveurs ayant reçu la formation étaient moins susceptibles de servir des clients jusqu'à l'ivresse et que le montant des pourboires n'avait pas été affecté.

La troisième étude américaine, effectuée par la *U.S. National Highway Safety Administration*, a évalué son programme «TEAM» (*Techniques of Effective Alcohol Management*) portant sur les techniques de gestion efficace de l'alcool dans sept gymnases de la *National Basketball Association* (McKnight, 1986; Vevega, 1986). Le programme a été efficace pour ce qui est d'aider à élaborer des politiques visant à prévenir l'ébriété et les problèmes imputables à l'alcool dans les gymnases. Des données sur les ventes, recueillies dans deux gymnases seulement, ont montré que la consommation globale de bière était inférieure, mais que les ventes de nourriture et de boissons non alcoolisées ont augmenté. L'assistance a également augmenté.

La seule évaluation canadienne d'un programme d'intervention à l'intention des serveurs a été effectuée à Thunder Bay (Ontario) en 1988 (Glicksman et Single, 1988) avant et après la mise en oeuvre du programme. Des observations ont été recueillies dans huit tavernes avant et après le cours de formation à l'intention des serveurs, offert dans quatre établissements par la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie. Des clients, incarnés par des acteurs professionnels, ont joué sept «scénarios» illustrant les comportements abordés dans le cadre du cours de formation. Ces comportements incluaient la commande de consommations doubles, les commandes fréquentes, l'enivrement et le fait d'arriver sur les lieux déjà ivre. Selon l'étude, on a observé des modifications significatives et positives des connaissances et des attitudes des serveurs ayant reçu la formation. L'observation de leurs réactions face au comportement des acteurs a révélé des changements importants dans leur façon de composer avec des clients ivres, fauteurs de troubles, qui cherchent à boire trop ou qui ne semblent pas avoir l'âge requis. Après avoir suivi le cours, les serveurs étaient beaucoup plus susceptibles d'intervenir afin de prévenir l'ébriété et de composer adéquatement avec les clients ivres ou qui n'ont pas l'âge requis.

Les résultats de l'évaluation de Thunder Bay sont très encourageants. Cependant, il faut remarquer que les effets à court terme (c'est-à-dire en deçà d'un mois) seulement ont été évalués. Il faut effectuer des études supplémentaires pour évaluer les avantages à très long terme des programmes de formation des serveurs. Néanmoins, les données disponibles laissent croire que ces programmes peuvent contribuer de façon importante à prévenir les problèmes imputables à l'alcool, particulièrement la conduite automobile avec facultés affaiblies. Les programmes supplémentaires de cette nature pourraient certainement être soutenus par le grand public, puisque 82 p.100 des adultes canadiens approuvent les campagnes de sensibilisation des serveurs (Santé et Bien-être social Canada, 1990).

## Politiques de contrôle de l'alcool

Les gouvernements adoptent des lois et des règlements pour modifier la consommation d'alcool et d'autres drogues et pour prévenir les problèmes connexes. L'évaluation des politiques qui mettent l'accent sur le contrôle de la disponibilité de l'alcool s'est composée principalement d'études quasi expérimentales et économétriques. Ces études ont évalué les effets de la disponibilité de l'alcool et de deux types de problèmes imputables à cette substance, soit la cirrhose ainsi que les décès et les blessures faisant suite à un accident de voiture. Les politiques de contrôle de la disponibilité de l'alcool peuvent être classées en termes de disponibilité physique, économique et sociale (Moskowitz, 1989); c'est d'ailleurs la position adoptée dans la présente étude.

Il est difficile de distinguer les évaluations canadiennes sur les effets des politiques de contrôle de l'alcool par rapport à la documentation internationale. Les études canadiennes se trouvent dans cette documentation en raison de l'important travail de pionnier qu'ont fait plusieurs chercheurs établis au Canada, comme deLint, Schmidt et Popham à propos de la distribution physique d'alcool (deLint et Schmidt, 1968; Schmidt et Popham, 1978; Whitehead, 1975; Smart, 1980 et Single, 1990). Cette approche cherche à restreindre la consommation excessive d'alcool et ses conséquences en réduisant la consommation

moyenne par l'entremise du contrôle des débits de boisson, du prix, de l'âge légal pour en consommer, etc. La grande contribution des évaluations canadiennes dans ce domaine est reconnue dans la présente étude et s'inscrit dans le contexte plus étendu de la documentation internationale.

## Politiques de contrôle de la disponibilité physique de l'alcool

Moskowitz (1989) a cerné diverses dimensions de la disponibilité physique, y compris le format des contenants de boissons alcoolisées, la concentration d'éthanol dans la boisson, les heures et les jours où cette boisson peut être vendue, l'emplacement, le nombre et la densité des points de vente au détail de boissons alcoolisées, le fait que l'alcool soit vendu pour être consommé à l'extérieur ou à l'intérieur d'un établissement, quels autres produits ou activités accompagnent les ventes d'alcool et qui a le droit de consommer ou de vendre des boissons alcoolisées (âge minimum, personne sobre). Plusieurs études récentes de ces publications ont été effectuées, incluant celle de Single et coll. (1989) dans un article demandé par Santé et Bien-être social Canada.

Même si les conclusions sont limitées, on a établi une corrélation entre le contrôle des heures d'exploitation des débits de boisson, les habitudes de consommation et les problèmes imputables à l'alcool dans un certain nombre d'établissements. Popham (1982) a établi une corrélation entre les arrestations pour ivresse publique et les heures d'ouverture des tavernes à Toronto. Selon une étude suédoise d'Ollson et Wikstron (1982) sur les effets de la fermeture des débits de boisson le samedi, on a observé une réduction globale des ventes d'alcool et de l'ivresse publique, une réduction des troubles publics et des crimes violents le samedi et le dimanche et une réduction de 30 à 46 p.100 de la violence en milieu familial le samedi. Smith (1986) a comparé 72 hommes qui fréquentaient des hôtels ouvrant à six heures ou à sept heures avec un groupe de référence de 87 hommes interrogés dans des hôtels avoisinants qui ouvraient à 10 heures. Les personnes des deux groupes présentaient des caractéristiques personnelles très semblables, quoique les hommes du premier groupe consommaient significativement plus d'alcool, buvaient plus souvent, consacraient plus de temps à la consommation d'alcool et obtenaient des résultats significativement plus élevés à la version abrégée du Test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan. On a conclu que le fait d'ouvrir de bonne heure favorisait l'alcoolisme. Selon plusieurs autres études réalisées en Australie, on peut noter une corrélation entre l'accroissement des accidents de voiture reliés à l'alcool et l'accroissement de la disponibilité (Smith, 1978, 1980, 1986).

Il existe relativement peu de données sur l'effet de la réduction ou de l'ajout d'heures ou de jours où il est permis de vendre de l'alcool. Single et coll. (1989) ont avancé plusieurs raisons à ce manque de preuves. Premièrement, les modifications des heures et des jours de vente légale sont rarement soumises à une évaluation systématique. En second lieu, de tels changements se produisent fréquemment dans le cadre de modifications à grande échelle des règlements en matière de contrôle, ce qui rend extrêmement difficile d'isoler l'effet de l'accroissement des heures. Finalement, le manque d'attention porté aux variables temporelles ne s'étend pas seulement aux études sur la disponibilité; il est représentatif de la plupart des recherches épidémiologiques sur l'alcool.

En ce qui concerne la densité des points de vente, il faut indiquer qu'il y a corrélation entre l'interdiction totale de vendre de l'alcool et des taux très faibles de consommation d'alcool et des problèmes reliés à cette substance (Popham, 1956). En ce qui touche les différences moins marquées dans la concentration des points de vente d'alcool, les résultats laissent croire à une corrélation positive entre les indicateurs de problèmes et le nombre de points de vente d'alcool. À l'aide d'un modèle d'équation structurelle, Rush et coll. (1986a) de même que Gliksman et Rush (1986) ont étudié la corrélation entre la disponibilité de l'alcool (telle qu'elle est mesurée par le nombre de points de vente d'alcool à consommer à l'intérieur ou à l'extérieur d'un établissement par 1000 adultes), la consommation de même que la morbidité et la mortalité imputables à l'alcool, au moyen de données recueillies dans 49 comtés ontariens. Les résultats étaient similaires à ceux d'autres études. On a observé une corrélation marquée et positive entre la disponibilité de l'alcool au détail et la consommation par habitant, et entre la consommation et le taux de morbidité imputable à l'alcool. Il existait également une corrélation forte et indirecte entre la consommation et la mortalité imputable à l'alcool, influencée par la morbidité découlant de cette substance. Les

taux de consommation étaient beaucoup plus élevés, et le nombre de problèmes (mesurés par la morbidité et la mortalité causées par la cirrhose et par les décès imputables aux accidents de voiture) étaient un peu plus grands dans les comtés dont la concentration des points de vente était supérieure à la moyenne. Les auteurs ont conclu que les politiques visant la restriction de la disponibilité de l'alcool au détail permettront probablement de réduire la consommation par habitant, de même que la morbidité et la mortalité imputables à l'alcool.

Les études de ces publications présentent toutes essentiellement la même conclusion (Smith,1983; Macdonald et Whitehead, 1983; Farrell, 1985). Comme l'énoncent Macdonald et Whitehead, «si l'on tient compte de la qualité des études, la prépondérance de la preuve incrimine nettement la disponibilité des points de vente; ce paramètre est en partie responsable de la variation de l'étendue des courbes de consommation d'alcool» (1983:482). Cependant, la corrélation entre la concentration des points de vente et la consommation d'alcool tend à être supérieure dans le cas des points de vente où l'alcool doit être consommé à l'extérieur de l'établissement. Il faut remarquer que la relation de causalité entre la concentration des points de vente et la consommation d'alcool n'est pas plus claire. Il est fort probable que ces paramètres s'influencent mutuellement. En outre, vu la nature de la recherche sur cette corrélation, il est toujours possible de formuler des interprétations différentes. Par exemple, la concentration des points de vente et la consommation sont susceptibles d'être touchées par des facteurs socio-économiques inhérents à la collectivité, comme le revenu moyen disponible. Il est difficile de vérifier adéquatement des facteurs si déconcertants avec les méthodes de recherche courantes.

La vente d'alcool dans les dépanneurs est un autre aspect de la disponibilité physique qui a attiré l'attention au Canada. Une étude de l'effet du permis de vente limitée de vin dans les épiceries du Québec n'a révélé aucune modification marquée des ventes de vin ou des ventes totales d'alcool (Smart, 1986). Parmi les raisons avancées pour cette absence d'effets, on trouve le contexte économique défavorable, l'impopularité relative du vin, comparativement à d'autres boissons et la tendance à long terme vers une baisse de la consommation d'alcool dans l'ensemble du Canada. Macdonald (1986) a évalué l'effet sur la consommation de la disponibilité accrue du vin dans les épiceries de quatre États où l'on vient de modifier la politique pour permettre la vente. Pendant les années suivant le changement de politique dans trois des quatre États, la consommation de vin s'est accrue d'une façon significativement plus grande qu'on aurait pu le prévoir à partir de la tendance observée pendant les années précédant le changement.

Les effets de l'âge légal pour consommer de l'alcool sont assez clairs. Plus cet âge est bas, plus l'âge auquel les adolescents consomment de l'alcool pour la première fois est bas, plus la consommation d'alcool est élevée et plus les problèmes imputables à l'alcool sont nombreux, y compris les accidents de voiture causés par l'alcool chez les adolescents. Plusieurs études ont été effectuées au Canada, aux États-Unis et en Australie sur l'effet des modifications de l'âge légal pour consommer de l'alcool. Smart (1977) a comparé les ventes d'alcool parmi 25 États américains où l'on a réduit l'âge légal de consommation d'alcool avec des États voisins qui n'ont pas pris de telles mesures. Dans la plupart des États où on a réduit cet âge, les ventes de bière et de spiritueux ont augmenté pendant l'année où la modification a eu lieu et celle qui a suivi. Les données à long terme n'ont pas été analysées. Selon un examen des données canadiennes, une réduction de l'âge légal de consommation d'alcool entraîne un accroissement important de l'usage d'alcool chez les jeunes, particulièrement dans les établissements (Smart et Goodstadt, 1977). On a observé un accroissement des accidents de voiture imputables à l'alcool chez les personnes de 15 à 17 ans et de 18 à 20 ans. Lorsque l'âge légal de consommation d'alcool en Ontario est passé de 21 à 18 ans en 1971, on a observé un accroissement des problèmes imputables à l'alcool, particulièrement une nette montée de la consommation d'alcool et des accidents de voiture chez les adolescents. Pour cette raison, l'âge légal est passé à 19 ans en 1979 (Single et coll., 1981).

Il existe beaucoup moins de preuves du fait que l'*accroissement* de l'âge légal puisse *réduire* la consommation. Au Massachusetts, cet âge est passé de 18 à 20 ans en 1979. Les comparaisons avant et après l'adoption de la loi entre les données de l'enquête et les statistiques sur les accidents mortels laissent croire que l'accroissement de l'âge légal a présenté des effets négligeables sur le comportement des adolescents en ce qui touche l'alcool. Cependant,

l'endroit où on obtenait l'alcool et où on le consommait a changé significativement (Smith et coll., 1984). Une étude canadienne effectuée par Johnson et coll. (citée dans Johnson et coll., 1990) laisse croire qu'en moyenne, la consommation baisse de 3 p.100 pour chaque année d'accroissement de l'âge légal pour consommer de l'alcool. La hausse de cet âge de 18 à 19 ans en Ontario a présenté un effet négligeable, particulièrement chez les buveurs réguliers (Vingilis et Smart, 1981). Cependant, les effets avaient tendance à être positifs, bien que peu importants. En général, même si les chercheurs ont constaté que l'accroissement de l'âge légal pour consommer de l'alcool est quelquefois associé à une réduction du nombre de blessures et de décès imputables à l'alcool chez les adolescents, ces effets étaient plutôt minimes (Wagenaar, 1986; Wagenaar et Maybee, 1986).

L'effet plus remarquable de la diminution de l'âge légal de consommation d'alcool peut découler du fait que les réductions sont habituellement de trois ans (de 21 à 18 ans), alors que les accroissements sont habituellement d'un ou de deux ans (de 18 ans à 19 ans ou de 18 ans à 20 ans) (Vingilis et Mart, 1981). La plupart des études de l'effet de l'âge légal de consommation d'alcool portaient seulement sur les hommes. On manque de données sur l'effet de ce type de lois sur les conductrices, et il faut encourager les recherches dans ce domaine. Comme les femmes sont généralement moins portées à transgresser les lois que les hommes, ce type de législation peut les influencer davantage.

Par conséquent, les données laissent croire que le contrôle de la disponibilité physique de l'alcool est une composante importante d'une stratégie globale de promotion de la santé. La réglementation des heures de disponibilité de même que le nombre et la concentration des points de vente d'alcool pouvant être consommé à l'intérieur ou à l'extérieur sont toutes des politiques qui contribuent à prévenir les problèmes imputables à cette substance et ce, mieux qu'avec la réduction de l'âge légal de consommation d'alcool.

Les démarches visant à contrôler la disponibilité physique de l'alcool ont rapidement gagné le soutien du public au Canada. Selon les résultats de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (Eliany et coll., 1990), 70 p.100 des Canadiens adultes pensent que les heures d'exploitation des points de vente de bière et de spiritueux doivent rester les mêmes, 7 p.100 croient qu'elles doivent être élargies, et 17 p.100 sont d'avis qu'elles doivent être réduites. En outre, 74 p.100 de la population pense que l'alcool ne devrait pas se vendre dans les dépanneurs. En dernier lieu, 50 p.100 de la population est d'avis que l'âge légal doit être accru, 45 p.100 pense qu'il devrait demeurer identique, et seulement 3 p.100 est d'avis qu'il doit être réduit.

## Politiques de contrôle de la disponibilité économique de l'alcool

La disponibilité économique touche le prix réel des boissons alcoolisées en fonction du revenu disponible et du prix des autres boissons. Le coût de l'alcool varie selon le type de boisson (bière, vin ou spiritueux), la marque et le type de points de vente (pour consommation à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement). Le prix d'une boisson dans un point de vente particulier peut même varier selon l'heure (par exemple, prix réduit de moitié, cinq-à-sept). La recherche sur la corrélation entre le prix des boissons alcoolisées et la consommation d'alcool met souvent l'accent sur l'«élasticité» de la demande[4]. Cependant, l'élasticité de la demande d'alcool varie avec le temps et dépend aussi des changements de prix et du type de boisson. La demande de vins et de spiritueux s'est révélée particulièrement élastique (Ornstein et Levy, 1983). Cook (1981) et Cook et Tauchen (1982) ont

[4] La sensibilité des consommateurs face aux changements des prix se mesure par l'élasticité par rapport au prix, c'est-à-dire le rapport entre le taux de variation de la quantité à acheter et le taux de variation du prix. Si le taux de variation du prix est inférieur au taux de variation de la quantité que les consommateurs veulent acheter, la rapport est supérieur à 1, et la demande est considérée comme «élastique» (par exemple, une hausse de prix de 10 p. 100 et une baisse de 20 p. 100 de la quantité achetée équivalent à une élasticité de la demande de -20,0/10,0, ou -2,0). Si le taux de variation du prix dépasse le taux de variation de la quantité, le rapport est inférieur à 1 et la demande est considérée comme non élastique (par exemple, une hausse du prix de 10 p. 100 et une chute de 5 % de la quantité achetée équivalent à une élasticité de la demande de -5/10, ou -0,5).

constaté qu'une hausse relativement faible du prix des spiritueux distillés, causée par un accroissement des taxes d'État, a amené une réduction significative de la consommation. Du point de vue méthodologique, la recherche de Cook fait partie des études les plus solides sur le sujet. Pendant son étude quasi expérimentale, il a comparé la consommation de spiritueux avant et après la hausse des taxes dans 39 É ts avec celles de plusieurs autres dont les taxes n'avaient pas monté. Dans les premiers, on a observé une chute importante de la consommation de même qu'une diminution des décès causés par les accidents de voiture et la cirrhose.

Selon un examen des études économétriques (Ornstein et Levy, 1983), la plupart des études ont déterminé que l'élasticité par rapport au prix est d'environ -1,5 pour la consommation de spiritueux aux États-Unis. Ils ont également conclu que la consommation de vin n'était pas aussi intimement tributaire du prix, particulièrement chez les jeunes. Cependant, des études sur le grand public laissent croire que la consommation de vin s'accroît après une diminution des prix. Les preuves de la sensibilité par rapport au prix de la bière sont minimes. Même s'il existe une corrélation entre la consommation de bière et la variation du prix, la variation de la quantité de bière achetée est moins que proportionnelle pour un taux donné de variation du prix. Ainsi, la demande de bière n'est pas élastique par rapport au prix. Ornstein et Levy (1983) évaluent cette élasticité à environ -0,3.

Dans un récent article de Johnson et coll. (1990) sur la taxation et la politique en matière d'alcool, préparé pour Santé et Bien-être social Canada, on trouve un examen des études canadiennes sur l'élasticité par rapport au prix. On y conclut que la demande pour les trois boissons n'était généralement pas élastique et que l'élasticité de la demande de bière était nettement plus faible que celle des deux autres boissons. Ils ont évalué l'élasticité à court terme de la demande de bière à -0,3 et celle des vins et des spiritueux à environ -0,8. Même si les études canadiennes et internationales semblent révéler qu'une diminution de l'élasticité s'est produite avec le temps, la consommation est toujours fonction de la variation du prix, et cette option demeure valable dans le cadre d'une politique de contrôle de l'alcool.

Toute modification des taxes à la consommation se reflète sur les prix. Johnson et coll. (1990) évaluent qu'une hausse d'un dollar de la taxe d'accise fédérale peut causer une augmentation de prix de plus de 2,50 $. De nombreux chercheurs mesurent l'effet éventuel d'un changement de taxe au moyen d'études de simulation, dont un certain nombre ont été examinées par Johnson et coll. (1990). Ces études montrent invariablement qu'une hausse des taxes et des prix peut amener une baisse de la consommation, de même qu'une réduction des problèmes imputables à l'alcool, comme les décès causés par la cirrhose et les accidents de voiture. Cook (1984) a analysé les données recueillies entre 1964 et 1972 dans 30 États américains où l'on a besoin d'un permis pour vendre de l'alcool; il a relevé qu'une augmentation d'un dollar par gallon dans la taxe sur les spiritueux peut réduire à court terme de 1,9 p.100 le taux de décès causés par la cirrhose. Si la taxe fédérale sur les spiritueux était doublée, le taux de mortalité causée par la cirrhose chuterait d'environ 20 p.100 la première année. Selon une étude de Grossman et Saffer (citée par Johnson et coll., 1990), si les taxes sur la bière avaient été indexées au taux d'inflation depuis 1951 aux États-Unis (augmentation des taxes de 150 p.100), la vie de 1022 jeunes entre 18 et 20 ans aurait pu être sauvée entre 1975 et 1981, c'est-à-dire une réduction de 15 p.100.

En Belgique et au Danemark, des taxes exceptionnellement élevées sur les spiritueux ont amené une réduction marquée de la consommation de ces substances (Bruun et coll., 1975). La consommation de vin fortifié en Finlande a été réduite avec succès par une hausse substantielle des prix de ces produits (Makela et coll., 1981). En Ontario, les producteurs de vin tenaient à dissocier leurs produits des clochards alcooliques au début des années 1970. Ainsi, la société des alcools de cette province a monté seulement le prix du vin fortifié ontarien, ce qui a causé le remplacement de ce produit par le vin de table (Single et coll., 1981).

Une autre façon d'étudier l'effet des prix sur la consommation consiste à mettre l'accent sur le prix en fonction du revenu disponible. Pendant la grève des mineurs et des métallurgistes à Sudbury (Ontario) en 1978-1979, on a observé une baisse globale de la consommation d'alcool. De plus, la proportion d'alcool vendue sous forme de bière s'est élevée légèrement, comparativement au vin et aux spiritueux. Les données ont permis de soutenir l'hypothèse selon laquelle la diminution du revenu disponible a pour effet de réduire la consommation d'alcool (Giesbrecht et coll., 1982). Selon les données recueillies dans 30

États américains, on a observé que le taux de mortalité causé par la cirrhose a augmenté de 5,5 p. 100 à la suite d'une augmentation du revenu moyen de 1 000 $ par personne (Cook, 1984).

Rush et coll. (1986b) se sont penchés sur la corrélation entre la disponibilité de l'alcool, la consommation d'alcool et les pertes imputables à cette substance échelonnées sur 28 ans en Ontario et au Michigan. Dans ces deux endroits, on a observé une corrélation significative entre la consommation individuelle et le taux de mortalité causé par la cirrhose. Les changements dans la consommation représentaient 92 p.100 et 72 p.100 respectivement de la variation du taux de mortalité causé par cette maladie. Le prix relatif de l'alcool a diminué régulièrement pendant l'étude, ce qui s'est accompagné d'une hausse de la consommation et du taux de mortalité causé par la cirrhose. Le changement du prix relatif expliquait 98 p.100 de la variation de la consommation et 90 p.100 de la variation du taux de mortalité causé par la cirrhose en Ontario. Au Michigan, ces valeurs étaient de 76 p.100 et de 37 p.100 respectivement.

Le fait d'encourager la consommation de boissons non alcoolisées à prix modique, ou dont le taux d'alcool est peu élevé, plutôt que des boissons contenant une quantité normale d'alcool, fait souvent partie des programmes et des politiques de prévention (Single et coll., 1989). Ainsi, par exemple, l'article 8(18) du Règlements de la *Loi sur les permis de vente d'alcool* de l'Ontario exige que tous les établissements détenteurs de permis vendent du thé, du café, du lait et une gamme d'autres boissons non alcoolisées à un prix raisonnable. Selon des lignes directrices récentes, on entend par «prix raisonnable» un prix inférieur à la boisson alcoolisée la moins chère. Le fait d'encourager la consommation de boissons non alcoolisées ou dont le taux d'alcool est peu élevé s'inscrit souvent dans le cadre des programmes de prévention, comme ceux destinés aux serveurs.

Malgré l'inclusion de cette méthode dans les politiques et programmes, il existe peu de recherches sur l'incitation à la consommation d'autres formes de boissons à prix modique. Les études connues mettent l'accent sur les boissons dont le taux d'alcool est peu élevé, plutôt que sur les boissons non alcoolisées (Single et coll., 1989). La méthode consistant à encourager la consommation d'autres types de boissons s'inscrit dans des programmes de prévention plus vastes (par exemple, le *Campus Alcohol Policy and Education Program* en Ontario), mais il est impossible d'établir une distinction entre le fait d'accroître la disponibilité d'autres types de boissons et les autres éléments de ces programmes de prévention. Cependant, si la consommation de boissons alcoolisées et non alcoolisées est tributaire des changements de prix, on peut raisonnablement croire que le fait d'assurer la disponibilité d'autres types de boissons à des prix non sujets à l'inflation est donc très susceptible d'influencer certaines personnes à consommer ces boissons plutôt que de l'alcool (Single et coll., 1989).

On s'est demandé s'il existe une corrélation entre le prix et la production d'alcool à domicile, qui est la plus grande source de consommation non enregistrée. Comme l'ont fait remarquer Johnson et coll. (1990), il existe peu de données connues permettant de répondre à cette question. Selon une étude ontarienne effectuée au début des années 70, on a estimé que la consommation de vin fabriqué à la maison équivalait à 73 p.100 du volume total de vin vendu aux points de vente au détail (Pernanen, 1972). La bière fabriquée à la maison compte pour seulement 0,2 p.100 des ventes de bière. En prenant ces données et d'autres facteurs en considération, Single et Giesbrecht (1978) ont estimé que si la consommation d'alcool produit à la maison était ajoutée à la consommation enregistrée, le total augmenterait seulement de 6,5 p.100. Malheureusement, il n'existe aucune donnée sur la variation de la production d'alcool à domicile par rapport aux changements de prix. Cependant, selon Johnson et coll. (1990), il est peu probable que de petites modifications des taxes (donc, du prix) amènent un changement significatif de la production à domicile, car cette dernière s'effectue à une échelle relativement limitée. Par contre, une forte augmentation des taxes peut exercer un effet notable, particulièrement sur le vin.

Le grand public s'oppose aux augmentations de taxes. Cependant, les données laissent croire qu'une augmentation des taxes sur l'alcool et le tabac est beaucoup mieux acceptée que d'autres types de prélèvement, comme l'impôt foncier, l'impôt sur le revenu et la taxe de vente (Johnson et coll., 1990). Des données tirées de l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* (Santé et Bien-être social Canada, 1990) montrent que 46 p.100 des adultes canadiens

croient que les taxes sur l'alcool doivent rester identiques, 27 p.100 pensent qu'elles doivent être augmentées, et 18 p.100 sont d'avis qu'elles doivent être réduites. Un plus grand nombre de femmes que d'hommes croient qu'elles doivent être accrues, alors qu'un plus grand nombre d'hommes que de femmes sont d'avis qu'elles doivent être réduites. Selon une série de sondages effectués par Gallup Canada, Inc. en 1981, environ un tiers des répondants appuyaient une augmentation marquée du prix des boissons alcoolisées. Un soutien encore plus marqué était accordé à l'accroissement de l'âge légal de consommation d'alcool (62 p.100), à l'élimination de toute forme de publicité sur les spiritueux (49 p.100) et à l'accroissement du volume de publicité gouvernementale sur les dangers de la consommation d'alcool (66 p.100) (Johnson et coll., 1990).

En résumé, la corrélation entre le prix de l'alcool, la consommation d'alcool et les problèmes imputables à cette substance est bien établie. Pour le gouvernement, le changement du prix de l'alcool est un moyen efficace pour contrôler la consommation de cette substance et ses conséquences.

## Politiques de contrôle de la disponibilité sociale de l'alcool

La disponibilité sociale touche la promotion des boissons alcoolisées aux points de vente (par exemple, les affiches dans les bars et les succursales de la Société des alcools), dans la collectivité et dans les médias. En plus de promouvoir ses produits par la publicité, l'industrie des boissons alcoolisées parraine des activités sportives et de loisirs. La représentation exacte de ces produits (par exemple, la liste des ingrédients, les étiquettes de mise en garde) est également considérée comme un aspect de la disponibilité sociale. La fausse représentation est un autre point important à considérer, c'est-à-dire l'association de la consommation d'alcool avec des activités inadéquates (par exemple, les activités sportives et de loisirs, conduite automobile) ou avec des caractéristiques non pertinentes (par exemple, le sex-appeal ou le statut social). Les campagnes médiatiques peuvent montrer l'abus d'alcool avec ou sans les conséquences négatives connexes. Elles peuvent également servir à indiquer les bons comportements face à la consommation d'alcool.

Il n'existe pratiquement aucune recherche sur l'effet des promotions spéciales pour l'alcool. Même si ces dernières ont été négligées par les chercheurs, elles ont grandement préoccupé le législateur qui impose souvent des limites strictes aux campagnes promotionnelles des fabricants d'alcool et de leurs agences (Single et Solomon, 1988).

La recherche relative aux effets de la disponibilité sociale de l'alcool a porté principalement sur la publicité dans les médias. Smart (1988a) identifie quatre types d'études pour mesurer l'effet de la publicité sur la consommation : 1) recherche sur l'effet des interdictions publicitaires; 2) études économétriques sur l'effet des changements des dépenses consacrées à la publicité sur la consommation d'alcool; 3) étude sur l'exposition individuelle à la publicité; et 4) recherche expérimentale sur les effets de la publicité.

Selon les études sur l'interdiction de la publicité pour l'alcool, on n'a observé aucune diminution de la consommation imputable à l'interdiction. Cependant, les interdictions ont habituellement été partielles ou de courte durée. La Colombie-Britannique a interdit la publicité sur les boissons alcoolisées et le tabac du 1er septembre 1971 au 31 octobre 1972. Pour évaluer les effets de l'interdiction, on a choisi l'Ontario comme province de référence. Smart et Cutler (1976) ont analysé la consommation annuelle et mensuelle de bière, de vin et de spiritueux et n'ont constaté aucun effet majeur de l'interdiction sur la consommation. Ils ont avancé plusieurs raisons pour ce manque de succès : durée relativement courte, manque de soutien populaire, manque de soutien des médias, caractère partiel (puisque la publicité nationale et des autres provinces ne pouvait pas être interrompue) et incertitude sur l'avenir de l'interdiction en cas de changement de gouvernement. Les auteurs ont prévu qu'un grand nombre de difficultés surgiraient si l'on interdisait la publicité sur l'alcool dans tout l'Occident; par conséquent, ils suggèrent que l'interdiction de la publicité ne constitue pas l'une des façons les plus efficaces de prévenir les problèmes imputables à l'alcool.

Une autre étude canadienne qui souligne l'effet limité de la publicité a été menée en Saskatchewan (Makowsky et Whitehead, sous presse). Une interdiction de la publicité sur les boissons alcoolisées en Saskatchewan, qui durait depuis 58 ans, a été levée

en 1983. On a étudié les données sur les ventes mensuelles de bière, de vin et de spiritueux de 1981 à 1987. On a constaté principalement l'absence d'effet de l'introduction de la publicité sur l'alcool sur les ventes totales, ce qui laisse croire que la publicité n'a pas d'incidences sur la consommation d'alcool.

La plupart des études des médias évaluent les effets sur la consommation totale des modifications marginales des dépenses consacrées à la publicité. Il existe des études rapportant les effets sur la consommation totale d'alcool de la publicité d'une marque spécifique. En général, on n'a pu déceler le moindre effet. Les études pendant lesquelles on expose des sujets à la publicité en une seule occasion tendent également à montrer l'absence d'effets sur la consommation ultérieure (Kohn et Smart, 1984., Kohn et coll., 1984). Certaines études axées sur les jeunes laissent croire que leur taux de consommation est plus facilement influencé par la publicité que celui du grand public. Cependant, une étude de l'exposition à la publicité de boissons alcoolisées chez les adolescents a révélé une corrélation uniformément faible entre l'exposition à la publicité et l'usage sain et abusif de l'alcool (Strickland, 1983). Seulement un p.100 de la variation de la consommation d'alcool peut être attribué uniquement à l'exposition à la publicité. Seulement 0,5 p.100 de la variation des problèmes comportementaux a été associé avec l'exposition à la publicité, et presque tous les éléments de cet effet découlaient de l'influence de la publicité sur la consommation. La proportion d'amis buveurs est ressortie comme le facteur le plus fortement associé à la consommation et à l'excès d'alcool. L'incapacité des études de cerner l'effet sur la consommation des changements marginaux dans les dépenses consacrées à la publicité laisse croire que ce phénomène, s'il existe, serait néanmoins minime. Cependant, des études sur les effets des changements publicitaires marginaux ne peuvent servir de fondement à la prédiction des effets de toutes les publicités sur la consommation.

La plupart des recherches sur la publicité des boissons alcoolisées n'ont pas donné de résultats concluants (Single et coll., 1989). Il n'existe pas de preuves suffisantes pour affirmer que la publicité exerce ou non une incidence sur la consommation d'alcool. Il faut certainement mener plus de recherches. Comme l'a remarqué Smart (1988a), pratiquement toute la recherche sur l'effet de la publicité souffre de certaines limites fondamentales. Premièrement, comme la publicité n'est qu'un des nombreux facteurs qui peuvent influencer la consommation d'alcool, et même si elle avait un effet, son influence serait probablement mineure comparativement à d'autres facteurs comme le prix et le revenu disponible. Un effet relativement petit de la publicité pourrait facilement être masqué par ces influences trompeuses. Deuxièmement, la publicité vise habituellement des groupes particuliers, ce qui n'est pas le cas de la recherche sur ses effets. Ainsi, son incidence sur les jeunes ou sur d'autres groupes cibles pourrait ne pas ressortir des résultats. En dernier lieu, la recherche s'est penchée seulement sur les effets à très court terme de la publicité. Il est possible que ses conséquences les plus importantes se composent d'effets cumulatifs qui ne peuvent être détectés qu'au moyen de recherches à long terme.

Étant donné le manque de preuves sur l'efficacité de la publicité, il est étonnant de constater les sommes qui lui sont consacrées par les brasseries. On a estimé que les brasseries canadiennes ont affecté environ 375 millions de dollars en 1988 à l'ensemble des campagnes de promotion, et 104 millions de dollars ont servi à l'achat de publicité (McMullen et Associés, 1989). On estime que les producteurs d'alcool et que les établissements vinicoles dépensent respectivement 60 millions et 10 millions de dollars à ce chapitre. Des 104 millions de dollars consacrés à l'achat de publicité par les brasseries en 1988, plus des deux tiers ont été affectés à la télévision, et le reste l'a été pour la plus grande part à la radio. En juillet 1988, la télévision canadienne a diffusé en moyenne 1,6 publicité par heure sur l'alcool, ce qui constituait 6 p.100 de toute la publicité télévisée pour ce mois (Erin Research, 1989). Les lois interdisant la diffusion de la publicité sur les spiritueux à la radio et à la télévision ont amené les producteurs d'alcool à recourir principalement aux médias imprimés pour la promotion. Ils ont affecté environ les deux tiers des 28 millions de dollars consacrés à l'achat de publicité en 1988 aux médias imprimés, particulièrement aux revues. Même si les établissements vinicoles ont dépensé beaucoup moins que les brasseries, ils ont également consacré la plus grande partie de leur budget de promotion à la publicité télévisée. Le parrainage de sports et de loisirs est également un outil promotionnel très important.

Étant donné les sommes énormes investies dans la publicité et dans d'autres outils promotionnels, les producteurs d'alcool, notamment les brasseries, ont mesuré la réaction des consommateurs à l'entreprise et à la marque ainsi que la notoriété de la publicité, l'image de l'entreprise, l'essai des produits et leur consommation. Cependant, comme l'ont fait remarquer McMullen et Associés (1989), la difficulté consiste à relier ces données au volume de ventes et à la part du marché. Ils suggèrent que les producteurs d'alcool font «acte de foi» envers les budgets de promotion. Même s'ils se doutent que certaines campagnes sont de pures pertes, aussi longtemps que leurs compétiteurs consacreront des fonds à la promotion, ils devront les suivre.

L'industrie de l'alcool a été critiquée parce qu'elle vise les jeunes dans ses campagnes promotionnelles (Erin Research, 1989; McMullen et Associés, 1989). Pour combattre l'opinion publique défavorable face à la conduite automobile avec facultés affaiblies et la publicité qui vise les jeunes, l'industrie de la production d'alcool, particulièrement les brasseries, se sont engagées progressivement à promouvoir la «consommation responsable». Par exemple, Labatt a récemment présenté en collaboration avec la société Ford un programme de conduite préventive qui doit être mis en oeuvre dans l'ensemble du pays. Molson a soutenu un vidéo interactif conçu pour promouvoir la prise de décisions responsables sur l'utilisation d'alcool. Cependant, la mesure dans laquelle de telles campagnes sont des manifestations de responsabilité authentiques, plutôt qu'une tentative de combattre les pressions visant à restreindre davantage la promotion des boissons alcoolisées, est une question d'opinion (McMullen et Associés, 1989). En outre, ces programmes n'ont pas été évalués; leur utilité demeure donc indéterminée.

Les messages d'avertissement sur les boissons alcoolisées constituent le dernier aspect des politiques de contrôle de la disponibilité sociale dont nous traitons dans le présent rapport. Pour consulter une étude plus détaillée des publications, voir Single et coll. (1989). Depuis le 18 novembre1989, toutes les boissons alcoolisées vendues aux États-Unis doivent porter un message d'avertissement spécifique. Étant donné le caractère récent de cette obligation et le fait que le Canada n'a pas de politique semblable, il n'est pas surprenant qu'il n'existe pratiquement aucune étude empirique qui porte spécifiquement sur l'effet des étiquettes de mise en garde. La plupart des publications traitant de ces étiquettes se composent de rapports et de réactions aux mesures législatives (Single et coll., 1989). Le gouvernement américain a demandé un sondage d'opinion à propos des étiquettes d'avertissement sur les boissons alcoolisées, et a constaté que le public y était très favorable. Selon les données de l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* (Santé et Bien-être social Canada, 1990), le public soutient fortement l'utilisation d'étiquettes d'avertissement au Canada; 74 p.100 des adultes canadiens croient que les boissons alcoolisées devraient porter des étiquettes d'avertissement.

Engs (1989) a utilisé le modèle de croyances en matière de santé pour déterminer si les étiquettes d'avertissement sont susceptibles de modifier le comportement. Elle a conclu que ces étiquettes pourraient être efficaces lorsqu'elles s'inscrivent dans un programme complet de promotion de la santé, mais que leur utilisation isolée était peu susceptible de présenter un effet important sur la consommation. Smart (1988b) a examiné des études américaines sur l'efficacité des messages d'avertissement sur d'autres produits. Il en a conclu que ces étiquettes peuvent être conçues de façon efficace, et que la consommation peut être réduite de 4 à 10 p.100.

Les études sur le tabac, la nourriture et les drogues licites fournissent presque toutes les preuves voulues à l'effet que les étiquettes d'avertissement peuvent agir sur le comportement. Selon une étude demandée par le gouvernement américain sur les effets des étiquettes de mise en garde, ces dernières peuvent avoir un effet sur les consommateurs si on les conçoit de sorte qu'elles soient dignes de foi, utiles, spécifiques, faciles à lire et évidentes. Outre la conception, il existe d'autres facteurs qui agissent sur la réaction du consommateur aux étiquettes : caractère familier du produit, coûts liés à la conformité et à l'influence sociale et gravité des dommages qui peuvent découler de l'utilisation (Single et coll., 1989). Vu les résultats des recherches effectuées jusqu'à maintenant, des étiquettes d'avertissement sur l'alcool peuvent contribuer à réduire la consommation si elles s'inscrivent dans le cadre d'une approche systématique et intégrée comprenant des programmes de promotion de la santé qui se renforcent mutuellement. Des évaluations sont nécessaires pour étayer l'apport éventuel des étiquettes d'avertissement à cette approche globale.

## Politiques de contrôle social du comportement

Les sociétés adoptent des lois et des politiques qui réglementent l'utilisation ou la possession d'alcool et d'autres drogues. Ces types de contrôle social interdisent également de se livrer à certaines activités, comme de conduire un véhicule motorisé en consommant de l'alcool ou sous l'influence de cette substance. Les lois définissent également le degré d'ébriété (lois non discrétionnaires). Habituellement, ces lois interdisent également de servir de l'alcool à des mineurs ou à des personnes en état d'ébriété. Malgré tous ces règlements, on a effectué peu de recherches pour déterminer leur efficacité. Les études effectuées ont mis l'accent principalement sur l'évaluation des lois régissant la conduite automobile avec facultés affaiblies; en outre, on y évaluait surtout les politiques et les programmes de persuasion conçus pour accroître la perception du risque d'être arrêté et puni pour avoir conduit une automobile avec facultés affaiblies.

Le concept de persuasion à court terme se fonde sur le fait qu'on se soumet à une loi pour éviter d'être puni. On croit que trois variables influencent le respect de ces lois: la certitude, la sévérité et la rapidité de la punition. La dissuasion à long terme concerne l'intériorisation du comportement désiré en fonction de l'éducation morale et de l'acquisition d'habitudes (Moskowitz, 1989). La plupart des évaluations ont porté sur des politiques ou sur des programmes qui mettaient l'accent sur la certitude d'être puni comme forme de dissuasion à court terme. Selon les études des lois non discrétionnaires, ces dernières sont efficaces pour réduire, du moins à court terme, le taux de mortalité imputable aux accidents de voiture. Cependant, pour être efficaces, ces lois semblent devoir faire l'objet de publicité à grande échelle par les médias. Une application plus stricte des lois régissant la conduite automobile avec facultés affaiblies est perçue comme une augmentation de la certitude d'être puni. Même si on ne connaît pas le seuil critique de certitude d'être puni où se produit l'accroissement de la dissuasion, on a estimé qu'il est aussi élevé que 30 p.100. Si on arrêtait ainsi 30 % des contrevenants, aucun système pénal ne pourrait composer avec le nombre très élevé de poursuites qui en résulterait (Vingilis, 1985). On a estimé que les risques d'être arrêté pour conduite automobile avec facultés affaiblies sont aussi bas que un sur 5000 (Chamberland, 1989).

Les études sur l'efficacité du contrôle policier donnent des résultats mitigés. Selon certaines études, les lois non discrétionnaires et les contrôles de la sobriété peuvent amener au moins une réduction à court terme du taux d'accidents en véhicule motorisé (Vingilis et coll., 1980; *U.S. Department of Health and Human Services*, 1987). Pour être plus efficace, le programme doit bénéficier d'une couverture à grande échelle des médias. En fait, cette couverture des médias peut même se révéler plus importante que l'accroissement du nombre de contrôles routiers ou des accusations portées par la police. Mercer (1985) a évalué une campagne de lutte contre la conduite automobile avec facultés affaiblies en Colombie-Britannique; dans cette étude, on a procédé à des contrôles routiers, à une application plus stricte de la loi et à une campagne éclair des médias. On n'a constaté aucun changement du nombre d'accidents imputables à l'alcool, de la conduite automobile avec facultés affaiblies signalée par le contrevenant ou de la connaissance de la campagne éclair des médias. Mercer suggère que l'absence d'impact a été causée par une couverture inadéquate des médias, découlant d'une grève des journaux pendant la campagne. On n'a observé aucun changement du risque perçu d'être appréhendé.

Même dans les cas où on a constaté des effets à court terme, dès que les conducteurs se sont rendu compte après un certain temps que les risques d'être pris sont toujours relativement faibles, les nombres d'accidents et de personnes conduisant une automobile avec facultés affaiblies revenaient généralement à la valeur initiale. La réduction des décès imputables aux accidents de voiture au Canada, par suite de l'adoption de lois non discrétionnaires, a duré moins d'un an (Carr et coll., 1975; Chambers et coll., 1976). Selon d'autres études, on n'a observé aucune diminution initiale de la conduite automobile avec facultés affaiblies après l'accroissement de la certitude d'être puni. Par exemple, Ross (1985) a fait la constatation suivante: même si le recours à des contrôles de la sobriété augmentait la perception du risque de conduire une automobile avec facultés affaiblies (CAFA), l'accroissement n'était pas suffisant pour modifier ce type de comportement. Il reste à déterminer le nombre de contrôles nécessaires pour exercer un effet de dissuasion efficace à long terme.

Quelques évaluations seulement ont été effectuées sur les politiques et les programmes visant à accroître la sévérité des sanctions, et elles ont donné des

résultats variables. Selon une étude de l'effet d'une nouvelle loi au Maine, qui prévoyait des pénalités obligatoires et des poursuites civiles en cas de CAFA, les accidents mortels qui se produisent la nuit impliquant un seul véhicule ont diminué pendant deux ans avant de revenir au taux relevé avant l'application de la loi (Hingson et coll., 1987). On a observé une baisse des décès et des blessures avant l'application de la loi, ce qui laisse croire que la publicité sur le sujet de même que la désapprobation publique de la CAFA sont responsables de cet effet. Le même phénomène a été observé au Massachusetts avant l'imposition de pénalités plus sévères en cas de CAFA. Selon des sondages effectués dans les deux États avant et après l'adoption de la loi, la certitude que la CAFA serait punie a été renforcée dans l'opinion publique. Mais peu de gens étaient d'avis que les personnes qui adopteraient un tel comportement seraient arrêtées.

Il semble que les lois qui prévoient des sanctions sévères ne sont pas souvent mises en application parce que le système judiciaire les atténue. Les policiers sont souvent réticents à porter des accusations s'ils considèrent que les sanctions sont trop sévères. Si des accusations sont portées, elles sont souvent rejetées, et une grande proportion des accusés sont libérés. Il faut atteindre un équilibre entre la sévérité et la certitude d'être puni (Jonah et Wilson, 1983).

Pour que les lois sur la conduite automobile avec facultés affaiblies aient un effet, il est essentiel que les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux à tous les paliers coopèrent et coordonnent leurs campagnes. Par exemple, les campagnes éclair des médias qui ne sont pas soutenues par des mesures coercitives n'auront pas la moindre incidence. Les lois doivent être strictes et applicables. Le public doit connaître les lois auxquelles il est soumis et les sanctions connexes. Il faut concentrer les campagnes pour convaincre le public qu'on risque d'être pris si on conduit une automobile avec facultés affaiblies. Si c'est le cas, une sanction doit être appliquée. Sinon, la loi ne joue aucun rôle dissuasif. La police, les responsables de la santé publique, les compagnies d'assurance, les représentants de groupes de pression (comme *Students Against Drunk Driving* et *Mothers Against Drunk Driving*) et d'autres parties intéressées doivent tous participer aux campagnes visant à renforcer l'effet des contrôles légaux sur l'usage et l'abus d'alcool.

Après une revue de la documentation portant sur les types officiels de contrôle social visant à prévenir la conduite automobile avec facultés affaiblies, Moskowitz (1989) conclut que des facteurs extra-juridiques peuvent agir sur le comportement de façon beaucoup plus importante que les facteurs juridiques. Selon certaines études, la conduite automobile avec facultés affaiblies n'est pas tributaire de la perception du risque d'être arrêté, mais bien du degré habituel de consommation d'alcool d'une personne, des attitudes envers les lois régissant la conduite automobile avec facultés affaiblies et de l'acceptation d'un tel comportement. Moskowitz suggère que l'apport le plus important des nouvelles lois et des campagnes éclair consiste à renforcer les contrôles sociaux officiels déjà existants ou qui se sont institués dans certaines sous-cultures de la société. Ainsi, les contrôles sociaux officiels doivent être en harmonie avec les types non officiels et véhiculer les préoccupations d'ordre moral de la collectivité. De cette façon, ils peuvent compléter et renforcer l'élaboration de valeurs et de normes qui découragent l'abus d'alcool.

En raison de la difficulté de dissuader la conduite automobile avec facultés affaiblies par la menace de sanction, on a proposé d'autres mesures moins exigeantes envers la personne. Les approches environnementales de recherche sur la prévention comprennent principalement les changements technologiques qui réduisent les difficultés de la conduite automobile. Il existe des contre-mesures passives qui visent à réduire les accidents imputables à l'alcool en adaptant l'environnement au comportement des personnes qui conduisent avec des facultés modifiées. L'éclairage des routes la nuit pour améliorer la perception des conducteurs est un exemple d'une mesure de sécurité environnementale. D'autres approches de sécurité routière comprennent la réduction du degré de courbure des routes, de même que l'élimination des intersections et des objets à proximité de la route. On a montré qu'une autre mesure de sécurité (c'est-à-dire l'installation de feux dans la lunette arrière des voitures) a réduit de moitié le nombre de collisions par l'arrière (Robertson, 1983). Un certain nombre d'améliorations des normes de sécurité des automobiles peuvent également protéger le conducteur et les passagers contre les blessures graves ou fatales. Parmi les exemples, on retrouve le fait d'équiper le véhicule d'un dispositif de protection passive contre les collisions, comme les ballons à air et les ceintures de sécurité à bouclage automatique, ou d'autres dispositifs comme un tableau de bord garni

de bourrelets anti-choc, des pare-brise impossibles à perforer et des colonnes de direction amortissantes. L'adoption d'un grand nombre de mesures environnementales et de ces caractéristiques de sûreté fait face à une opposition considérable de la part de l'industrie et du public. Un grand nombre de ces changements sont coûteux, mais leur effet spécifique et éventuel sur les accidents imputables à l'alcool ou aux autres drogues est inconnu.

## Questions sur les méthodes d'évaluation des programmes de promotion de la santé

Dans la présente étude de l'efficacité des approches de promotion de la santé face à l'alcool et aux autres drogues, on a accordé peu d'attention aux faiblesses méthodologiques des évaluations. Dans chacune des approches, on note des problèmes méthodologiques importants. Par exemple, l'évaluation des programmes en milieu scolaire a été entravée par le manque de contrôle des groupes de référence, par la petite taille des échantillons, par le taux d'abandon élevé, par l'incapacité de contrôler certaines variables, par le manque de suivi à long terme et par la mesure inadéquate des variables principales. Ces défauts et d'autres problèmes, comme le contrôle de l'exposition au programme, ont miné l'évaluation des campagnes médiatisées. En ce qui concerne les politiques de contrôle de l'alcool, la corrélation souvent observée entre le prix, d'autres mesures de la disponibilité et la consommation d'alcool repose sur des prémisses plutôt faibles quant à la validité et à l'objectivité des données sur la vente d'alcool en tant qu'indicateur de la consommation. Même les programmes de promotion de la santé les plus novateurs soulèvent leurs propres questions et des problèmes spécifiques en matière d'évaluation. Par exemple, si les programmes sont vraiment fondés sur un modèle de développement communautaire et de responsabilisation, leurs objectifs doivent pouvoir être modifiés au besoin, ce qui perturbe ainsi les évaluations axées sur les objectifs. De plus, ces programmes axés sur la collectivité supposent un type de relation différent entre les promoteurs des programmes et les évaluateurs (Goodstadt, 1990). Ils peuvent aussi exiger un modèle d'évaluation non traditionnel, complètement distinct et fondé sur la recherche active (Lewin, 1946) ou sur des enquêtes quasi expérimentales (Guba et Lincoln, 1983).

L'une des questions méthodologiques soulevées le plus régulièrement affecte presque tous les programmes de promotion de la santé. Il s'agit de la nécessité d'étayer davantage les interventions réelles et l'évaluation de leur implantation. Bien qu'il existe certaines exceptions récentes et remarquables (par exemple, Casswell et Stewart, 1989), on retrouve peu de documents faisant état de l'application des programmes, même si ce type d'information est d'une importance capitale pour interpréter les résultats et répandre l'utilisation de programmes et de politiques efficaces (Moskowitz, 1989). Comme le fait remarquer Wallack (1980), la question *«Qu'est-ce qui s'est passé?»* est au moins aussi importante que *«Est-ce que cela a fonctionné?»*. Wallack suggère également que l'évaluation doit transcender l'individu et s'attacher aux groupes, aux situations, aux institutions et aux collectivités afin d'accroître l'utilité des données pour les planificateurs.

Il est probable que des ressources considérables seront consacrées à l'évaluation des questions et des problèmes touchant l'application des programmes. Cela peut être dû en partie aux strictes limites de longueur des travaux publiés dans les périodiques professionnels. Un tel écart est mis en lumière par un grand nombre d'études canadiennes examinées dans le cadre du présent rapport puisqu'une grande proportion d'entre elles sont des rapports non publiés dont la circulation est limitée. Par exemple, le mélange d'études des processus et des résultats dans un grand nombre des évaluations de l'AADAC est caractéristique. La plupart des publications récentes sur les programmes de promotion de la santé (Giesbrecht et coll., 1990) proviennent d'un symposium sur l'application de ces programmes. Ce symposium constitue une tentative importante d'étayer et de répandre davantage les connaissances sur l'application de ces programmes et sur les problèmes auxquels fait face la recherche sur la promotion de la santé.

En résumé, une stratégie globale de promotion de la santé requiert un cadre d'évaluation tout aussi global. Cela doit comprendre un dosage adéquat entre l'examen des processus, l'évaluation des résultats et les études économétriques. On doit recourir simultanément aux méthodes qualitatives et quantitatives.

# CHAPITRE TROIS : *PROGRAMMES D'INTERVENTION PRÉCOCE*

Les programmes d'intervention précoce forment une autre grande catégorie de programmes communautaires contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Cette catégorie englobe les interventions qui visent à identifier les consommateurs d'alcool ou d'autres drogues alors qu'ils commencent tout juste à éprouver des problèmes. Les programmes d'intervention précoce comprennent aussi des stratégies pour atténuer les problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues et pour réduire la consommation de ces substances. Au plan de la santé publique, ces programmes sont fondés sur les principes généraux de la prévention secondaire. Ils reposent sur la thèse voulant qu'on puisse interrompre et renverser le processus menant à l'alcoolisme ou à la toxicomanie si les symptômes et les facteurs d'incitation sont décelés dès les premiers stades et si on s'en occupe immédiatement.

La plupart des études sur l'intervention précoce portent sur des programmes pour les automobilistes arrêtés en état d'ébriété, sur des programmes en milieu de travail ou sur des programmes dans les établissements de soins et de services sociaux. Quelques études sur l'intervention précoce portent sur des programmes destinés aux sous-groupes particulièrement exposés à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies. Ces sous-groupes peuvent inclure, par exemple, les enfants élevés dans un foyer où on éprouve de graves problèmes de toxicomanie («enfants d'alcooliques»), les enfants qui souffrent de troubles de comportement ou dont l'attention est déficiente, les jeunes autochtones, particulièrement ceux des régions éloignées qui inhalent des solvants, les jeunes de milieux défavorisés, les mères célibataires dont le revenu est faible ou qui souffrent de dépression, les femmes enceintes (exposées au syndrome d'alcoolisme foetal) et les personnes âgées particulièrement exposées à la consommation abusive d'alcool ou de médicaments. Comme le souligne l'introduction, le présent rapport ne saurait examiner toutes les publications pertinentes aux sous-groupes à risque ou à d'autres segments particuliers de la population. Malgré cette limite, on peut affirmer que la recherche sur les programmes d'intervention précoce dans ces milieux à risque est encore à ses débuts et qu'il existe un besoin évident d'un plus grand nombre d'évaluations.

Dans la présente étude des interventions précoces, on mettra l'accent sur les programmes destinés aux personnes arrêtées pour conduite automobile avec facultés affaiblies, sur les programmes en milieu de travail et sur les programmes touchant la clientèle des établissements de santé et de services sociaux. Les programmes destinés aux groupes les plus exposés sont abordés brièvement. Cependant, avant d'étudier cette documentation, nous brosserons un tableau des programmes d'intervention précoce au Canada.

## Les programmes d'intervention précoce au Canada

Les programmes à l'intention des conducteurs arrêtés pour facultés affaiblies sont assez communs dans l'ensemble du pays. Ils se limitent habituellement à quelques séances mettant l'accent sur l'éducation. Ces programmes tentent de changer les connaissances et les attitudes face à la conduite automobile avec facultés affaiblies afin de réduire ce comportement. Certains programmes mettent davantage l'accent sur le *counselling* que sur l'*éducation*; leurs objectifs plus vastes touchent à l'ensemble du mode de vie afin de réduire les problèmes imputables à l'alcool ainsi que la conduite dangereuse. Les personnes accusées de conduite avec facultés affaiblies peuvent se voir obligées de suivre un traitement; c'est le dernier vestige du traitement coercitif contre l'alcool et les autres drogues dans presque toutes les parties du Canada (Rush et Ogborne, sous presse).

Les programmes en milieu de travail sont aussi très répandus dans l'ensemble du pays, mais l'attention accordée à l'alcool et aux autres drogues varie considérablement (Bennett, 1978). Les programmes de promotion de la santé fondés sur une philosophie de «bien-être» global peuvent comprendre un volet sur l'alcool et d'autres drogues afin d'identifier les abus et les problèmes connexes. Cette

philosophie inspire plusieurs programmes de bien-être offerts par de grandes sociétés (par exemple, O'Laughlin et coll., 1988). Les programmes d'aide aux employés (PAE) de plusieurs entreprises implantent les politiques, les procédures et les ressources nécessaires pour composer avec les problèmes imputables à la toxicomanie chez les travailleurs. Cependant, les PAE s'inspirent habituellement d'une approche très vaste où l'on considère que ces problèmes font partie d'un large éventail de problèmes sociaux, familiaux et personnels. Selon une étude récente et exhaustive des PAE en Ontario, on a utilisé cette approche globale dans plus de 90 p.100 des cas (Macdonald et Dooley, 1989). Selon une étude nationale similaire, menée pour les sociétés de transport canadiennes régies par réglementation fédérale, environ 31 p.100 des lieux de travail comptant 100 employés ou plus avaient un PAE, et environ 78 p.100 de ces programmes s'inspiraient d'une approche globale (Macdonald et Dooley, 1990). On a avancé que les PAE ne sont pas particulièrement efficaces pour détecter les problèmes à un «stade précoce», car les problèmes graves doivent se manifester au travail avant que l'abus d'alcool soit décelé et que la personne participe au programme (Shain et Groeneveld, 1980). Enfin, certaines sociétés ont des programmes de dépistage visant à réduire l'intoxication au travail et les risques qui en découlent. Selon l'étude nationale sur le milieu des transports, 20 p.100 des entreprises avaient recours au dépistage de drogues et 15 p.100 détectaient l'alcool. Même si la plupart des tests étaient administrés à l'embauche (80 p.100), 45 p.100 des sociétés procédaient à un dépistage périodique accompagné d'examens médicaux réguliers (Macdonald et Dooley, 1990).

Les programmes d'intervention précoce ne sont pas très répandus dans les établissements de soins et de services sociaux canadiens. Dans leur aperçu national du traitement au Canada, Rush et Ogborne (sous presse) ont remarqué un intérêt considérable, partout au pays, envers les programmes d'intervention précoce dans les établissements de soins de santé, entre autres. Le manque d'activité actuel, dans ce domaine, peut s'expliquer en partie par le caractère récent des modèles et des techniques employés (par exemple, voir *Institute of Medicine*, 1990). On considère que ces programmes améliorent le traitement des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. En effet les recherches indiquent que le traitement est plus efficace, et probablement plus économique, si les problèmes sont décelés avant qu'ils ne deviennent graves (par exemple, Ogborne, 1978).

Récemment, au Canada, on s'est beaucoup intéressé au rôle du médecin de famille et des autres professionnels de la santé dans les programmes d'intervention précoce, particulièrement en ce qui a trait à l'éducation et à la formation médicale (par exemple, Ashley et coll., 1990; Brewster et coll., 1990). Selon une étude nationale récente sur les médecins de famille, ces derniers sont assez peu familiarisés avec les diverses techniques disponibles pour reconnaître et traiter les patients alcooliques. De plus, les médecins utilisent assez rarement ces techniques (Rush et coll., 1990). Dans le cadre de ses projets de recherche, la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie a mis au point plusieurs programmes et techniques d'intervention précoce qu'elle a ensuite mis à l'essai dans des établissements de Toronto (par exemple, Skinner et coll., 1986; Sanchez-Craig, 1987a; 1987b). L'*Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission* (AADAC) vient de distribuer une trousse pour aider les médecins à mieux détecter et traiter les buveurs intempérants; l'évaluation de ce projet est résumée ci-dessous (Brown et coll., 1990). L'AADAC offre également le *Drinking Decisions Program* (programme de prise de décisions sur la consommation d'alcool) dans l'un de ses centres de traitement; ce programme vise les personnes socialement stables qui éprouvent des problèmes d'alcool mineurs (Thompson, 1986b).

Enfin, même si certains programmes d'intervention précoce visent les groupes à risque élevé, aucune étude systématique n'a mesuré leur portée ou leur efficacité. Les centres de traitement offrent souvent des programmes à l'intention des «enfants d'alcooliques» en mettant l'accent sur les services à la famille (Sobol, 1988). Il existe des programmes d'intervention précoce spécialisés à l'intention des femmes, et l'un d'eux a été décrit par Chamberland (1989) dans une étude des programmes de prévention et de traitement au Québec. De plus, il existe des programmes d'intervention précoce visant les jeunes fortement exposés; par exemple, le «programme d'intervention précoce» d'Ottawa (Hôpital Royal d'Ottawa, sans date) et le programme HYPER de Halton (Ontario) (Marshman, 1990).

En résumé, les programmes d'intervention précoce les plus répandus au Canada visent les conducteurs aux facultés affaiblies et, à dans une moindre mesure, les travailleurs. Un grand nombre d'établissements de santé et de services sociaux s'intéressent à l'intervention précoce et quelques programmes ont été évalués. Cependant, on n'a guère progressé en ce qui concerne l'implantation systématique de ces programmes dans les établissements. On trouve également, ici et là au pays, des programmes d'intervention précoce à l'intention des sous-groupes fortement exposés à l'alcoolisme et aux toxicomanies.

## Revue des études étrangères et canadiennes

Passons maintenant à la revue des évaluations étrangères et canadiennes portant sur les programmes d'intervention précoce et concentrons-nous sur les catégories suivantes:

- Programmes à l'intention des conducteurs aux facultés affaiblies;
- Programmes en milieu de travail;
- Programmes mis en oeuvre dans les établissements de soins et de services sociaux;
- Programmes à l'intention des groupes à risque élevé.

## Programmes à l'intention des conducteurs aux facultés affaiblies

Le recours à l'éducation et à la réhabilitation comme solution de rechange aux sanctions légales contre la conduite automobile avec facultés affaiblies (CAFA) est devenu de plus en plus populaire dans un grand nombre de pays depuis les années 60 (Makela et coll., 1981). Les conducteurs aux facultés affaiblies sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes d'alcool (Rosenberg et coll., 1972). Cependant, tous les contrevenants ne sont pas alcooliques; ce sont les récidivistes qui éprouvent les problèmes les plus sérieux (Macdonald et Pederson, 1990). Étant donné la gravité du problème, le dépistage par contrôle routier et l'intervention auprès des personnes arrêtées sont tout indiqués comme stratégies d'intervention précoce.

Les évaluations dans ce domaine ne sont pas assez solides au plan de la méthode pour qu'on en arrive à des conclusions définitives sur l'efficacité des programmes (Nichols et coll., 1978; Foon, 1988). Par exemple, dans l'étude effectuée par Nichols et ses collaborateurs (1978), les résultats les plus optimistes venaient des études les moins bien contrôlées. Ils ont aussi remarqué que même si on rapportait souvent des résultats positifs quant aux connaissances et aux attitudes des participants, moins de 25 p.100 des études notaient une réduction des arrestations ultérieures pour conduite automobile avec facultés affaiblies. Dans les études qui distinguent entre le buveur «social» et l'alcoolique, on observe que l'efficacité de l'intervention dépend du type de buveur. Les programmes étaient plus efficaces auprès des buveurs sociaux. Ces derniers étaient moins susceptibles de récidiver, peu importe la nature du programme d'éducation. Par contre, les alcooliques n'ont pas semblé touchés par quelque programme que ce soit.

Des études dignes de foi effectuées après l'examen de Nichols et coll. (1978) ont fourni des preuves variables sur l'efficacité des programmes; cependant, des questions demeurent sur la durée et la cohérence de tout comportement positif observé par la suite (Foon, 1988). Reis (1983) a comparé les effets de plusieurs programmes d'éducation et de counselling. Dans l'une de ces études, on a réparti au hasard des personnes arrêtées pour la première fois entre un programme d'éducation en quatre séances, un programme d'étude à domicile et un groupe de référence qui ne recevait aucun traitement. Après un suivi de trois ans, les deux groupes traités avaient subi moins de nouvelles arrestations que le groupe de référence non traité. Selon une étude connexe (Swenson et Clay, 1980), on n'a observé aucune différence entre les programmes d'étude à domicile et la formation en classe pour ce qui est de réduire la récidive. Selon une autre étude de Reis (1983) sur les conducteurs récidivistes, on a pu constater que même si le counselling et les rencontres semi-hebdomadaires réduisaient la consommation d'alcool pendant un an, cette réduction ne durait pas au delà du traitement. McGuire (1978) a comparé trois formes de programmes d'éducation, trois formes de thérapie et un groupe de référence. Parmi les programmes d'éducation, on retrouvait un programme d'étude par correspondance, des cours de conduite automobile et

un groupe de discussion. Les trois approches ont produit des effets positifs chez les conducteurs qui consommaient peu d'alcool, mais aucun effet bénéfique chez les grands buveurs. Brown (1980) a comparé un cours conventionnel à l'intention des conducteurs arrêtés avec facultés affaiblies, un cours sur le contrôle de la consommation d'alcool et un groupe de référence qui ne recevait aucun cours. Un an après l'arrestation, on a observé que les personnes ayant assisté aux deux cours s'amélioraient comparativement à celles du groupe de référence. Les participants au cours de contrôle de la consommation d'alcool enregistraient une plus forte diminution en volume et en fréquence de la consommation d'alcool et un moins grand nombre de jours d'usage abusif que les sujets soumis au cours conventionnel et que les membres du groupe de référence.

En résumé, Foon (1988) conclut qu'aucun programme éducatif ou thérapeutique n'a donné de preuve définitive d'un changement comportemental soutenu. Au Canada, on trouve quelques évaluations de ces programmes, confirmant, dans l'ensemble, les résultats des études étrangères.

Vingilis et coll. (1981) ont réparti au hasard des conducteurs récidivistes entre un programme d'éducation et un groupe de référence. Comparativement à ce dernier, les personnes faisant partie du groupe d'éducation ont fait montre d'un accroissement significatif des connaissances et d'un changement marqué des attitudes avant et après l'étude. Cependant, après trois ans et demi, aucune différence marquée ne distinguait le groupe ayant fait l'objet du programme d'éducation et le groupe de référence en ce qui concerne la sécurité routière.

Chamberland (1989) a relaté l'évaluation du processus d'un programme québécois à l'intention des personnes arrêtées au moins deux fois pour avoir conduit un véhicule automobile avec facultés affaiblies. Les conducteurs ont été répartis entre trois programmes selon le nombre de fois qu'ils ont été arrêtés pour conduite automobile avec facultés affaiblies. Les programmes étaient plus longs et plus intensifs pour les personnes arrêtées le plus souvent. Le traitement comprenait du counselling individuel et de groupe. Les participants devaient suivre certaines règles pour rester dans le programme: présence et participation aux activités, sobriété et ponctualité. Selon les résultats de l'évaluation, les méthodes de répartition des contrevenants entre les trois programmes ont fonctionné; des 35 participants qui ont commencé le programme en 1984-1985, 31 l'ont fini, et 24 ont «réussi» à suivre les règlements. En général, les participants étaient satisfaits. Cependant, on ne sait pas si le programme a exercé le moindre effet sur la conduite automobile avec facultés affaiblies.

Whitehead et coll. (1984) ont évalué un programme de traitement à l'intention des conducteurs aux facultés affaiblies, à Saint-Louis (Saskatchewan). Le programme s'adressait aux récidivistes. Il mettait l'accent sur l'alcoolisme en général, plutôt que sur la simple conduite automobile avec facultés affaiblies. Le programme comprenait une peine obligatoire de deux semaines, purgée au Centre correctionnel de Saint-Louis. De plus, on révoquait le permis de conduire des contrevenants. Le programme de réhabilitation de deux semaines était fondé sur les principes des Alcooliques Anonymes (A.A.). Il mettait l'accent sur l'alcool en tant que cause des problèmes. Les journées étaient bien programmées; elles comprenaient des conférences, des discussions en groupe, des films et du counselling individuel. Les 262 participants au programme — tous des hommes — ont été comparés à ceux qui ont purgé la totalité de leur sentence en prison. Le groupe incarcéré a reçu des informations sur la conduite automobile avec facultés affaiblies et avait accès à certaines ressources thérapeutiques, comme les A.A. et le counselling. L'affectation au programme ou à l'incarcération n'était pas aléatoire; les participants au programme de Saint-Louis l'avaient demandé au préalable, et on avait conclu qu'ils pouvaient en tirer profit. Ainsi, ils peuvent avoir été plus motivés et avoir éprouvé des problèmes d'alcool plus graves que les sujets incarcérés.

Les personnes étaient regroupées en fonction du délit principal, du groupe ethnique, de l'âge, du degré de scolarité et de la longueur de la sentence. Dans l'analyse des données, on distinguait entre les autochtones et les autres sujets. L'évaluation portait sur les huit objectifs du programme, son processus et ses résultats. On a recueilli les données au moyen d'entrevues, de questionnaires et de dossiers judiciaires pendant les 25 mois suivant la libération. On pouvait obtenir des résultats de suivi sur 77 p.100 des personnes du groupe de Saint-Louis.

Les participants au programme ont généralement manifesté une attitude favorable au programme et ont senti qu'il leur a permis de constater le rôle destructeur de l'alcool dans leur vie. Les résultats incluaient une comparaison du nombre moyen de «jours sans délit» chez les sujets incarcérés comparativement aux sujets envoyés à Saint-Louis. On a défini «jours sans délit» comme le nombre de jours entre la libération de prison ou la sortie de Saint-Louis et l'arrestation pour un autre délit. Ni les autochtones, ni les autres participants au programme de Saint-Louis n'ont réduit nettement leur nombre de jours sans délit, comparé au groupe de référence incarcéré avec qui ils avaient été jumelés. Cela peut être dû au fait que le programme de Saint-Louis a adopté une méthode de traitement globale et n'avait pas mis l'accent sur la conduite automobile avec facultés affaiblies. Pour ce qui touche les autres crimes et délits, comme les infractions aux lois sur l'alcool et les crimes contre la propriété, le groupe de Saint-Louis s'en est généralement mieux tiré que le groupe incarcéré. Cependant, les différences n'étaient pas spectaculaires. L'absence d'un groupe de référence non traité et la répartition non aléatoire compliquent l'interprétation des résultats

En Alberta, l'AADAC a mis en application et évalué deux programmes d'éducation visant les conducteurs aux facultés affaiblies: le programme IMPACT et l'*Alberta Impaired Drivers Course* (AIDC). IMPACT est un programme provincial basé sur le modèle de prévention par l'éducation aux adultes. Il tente de sensibiliser les récidivistes au rôle que l'alcool ou d'autres drogues jouent dans leur vie. Des animateurs aident les participants au moyen de conférences et d'activités structurées en petits groupes dans le cadre d'un programme d'immersion en établissement durant une fin de semaine. Le programme vise à évaluer et à documenter les habitudes de consommation individuelle d'alcool ou d'autres drogues ainsi que la quantité consommée. On cherche aussi à déterminer dans quelle mesure cette consommation touche les aspects principaux de la vie. Dès que les besoins futurs de la personne sont déterminés, on lui présente des plans d'action appropriés et des solutions de rechange à la conduite automobile avec facultés affaiblies. Les participants au programme IMPACT y étaient inscrits principalement par les tribunaux, la division des véhicules automobiles ou le bureau de surveillance de la conduite automobile. Seul un petit nombre de participants s'y inscrivaient volontairement. La participation au programme IMPACT est également exigée par la division des véhicules automobiles de l'Alberta comme condition à la remise en vigueur du permis de conduire.

Sept études de formation ont servi à évaluer des aspects particuliers du programme IMPACT et à guider son développement (Jeune et coll., 1988). On s'est penché sur l'application du programme, les effets à court terme sur les attitudes, les connaissances et le comportement des participants ainsi que les perceptions et les attitudes des animateurs. Selon les résultats, les volets du programme IMPACT s'appliquaient de façon uniforme à tous les endroits où le programme était mis en oeuvre. Les petits groupes créaient un environnement favorable à la tenue de discussions. Les animateurs ont fait preuve d'enthousiasme et d'engagement envers le programme. Les participants avaient habituellement une perception favorable. Cependant, on a recommandé certains moyens de renforcer le programme. Par exemple, même si on avait déterminé que l'environnement des groupes favorisait l'atteinte des objectifs du programme, il existait certaines preuves que le découragement découlant des sentiments négatifs et des désaccords pouvait avoir gêné la formulation de réponses honnêtes et la révélation de soi. Les auteurs ont recommandé que les animateurs encouragent les participants à exprimer leurs pensées et leurs sentiments de façon plus ouverte et plus franche.

Selon certaines données, les récidivistes de la conduite avec facultés affaiblies ont tiré profit du programme IMPACT. Dans une analyse des changements après la participation au programme, Huebert (1990) a relevé un faible taux de récidive, soit environ 12 p.100. De même, dans un suivi à court et à long termes des participants après la fin du programme, Jeune et coll. (1988) ont relevé une meilleure sensibilité au rôle que l'alcool et d'autres drogues peuvent jouer dans la vie, de même qu'une amélioration des attitudes envers la conduite automobile avec facultés affaiblies. La plupart des répondants ont aussi rapporté une diminution de la consommation d'alcool depuis qu'ils ont participé au programme IMPACT.

L'*Alberta Impaired Drivers Course* (AIDC) est un cours d'une journée auquel assistent les conducteurs arrêtés pour une première offense afin de remettre en

vigueur leur permis de conduire. C'est un programme d'éducation sur l'alcool qui permet aux participants de réévaluer leur consommation. Il facilite le traitement des personnes susceptibles d'éprouver des problèmes plus graves. Le cours d'une journée se compose principalement de conférences, de films et de discussions en atelier. Davidson (1983) a observé une forte incidence d'alcoolisme chez les participants à l'AIDC. De plus, la conduite automobile avec facultés affaiblies était une habitude bien ancrée chez plusieurs d'entre eux. L'évaluation a décelé une nette modification des attitudes après le cours. Huebert (1990) a observé un faible taux de récidive, soit environ 12 p.100, chez les participants au cours AIDC. Les participants considérés comme les consommateurs les plus excessifs d'alcool ou d'autres drogues étaient plus susceptibles d'être condamnés à nouveau. Ces résultats sont semblables à ceux d'autres études qui laissent croire que les programmes d'éducation à l'intention des conducteurs arrêtés sont plus efficaces dans le cas des buveurs sociaux, ceux-ci étant moins susceptibles de récidiver.

Même si les évaluations des processus d'IMPACT et de l'AIDC ont procuré des données utiles pour améliorer ces programmes, les résultats sont nettement limités en plusieurs aspects. Par exemple, le suivi des modifications comportementales post-traitement se fondait principalement sur des rapports rédigés par les participants. Certaines études ont été affectées par un faible taux de réponse aux entrevues de suivi. Par exemple, dans l'étude de suivi à court terme des participants au programme IMPACT de Jeune et coll. (1988), seulement 59 participants sur 133 se sont soumis au suivi un an plus tard. Le groupe soumis au suivi était différent de l'échantillon de l'étude générale (par exemple, dans le groupe suivi, on retrouvait moins de femmes, la moyenne d'âge était légèrement plus élevée et les problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues étaient plus graves). Par conséquent, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des personnes qui bénéficient du programme IMPACT. En dernier lieu, l'absence de groupe de référence dans ces études empêche la démonstration concluante d'un lien entre la participation au programme et la modification des connaissances, des attitudes ou du comportement à court terme.

En résumé, les évaluations canadiennes des programmes d'éducation ou de counselling à l'intention des conducteurs arrêtés pour facultés affaiblies arrivent aux mêmes résultats que les études menées à l'étranger. Certaines évaluations remarquent des effets positifs sur les connaissances et les attitudes, mais il n'existe aucune preuve d'effets durables sur le comportement. De plus, les difficultés méthodologiques observées dans un grand nombre d'études canadiennes se retrouvent aussi dans les principales études étrangères (par exemple, Foon, 1988). Il ne serait pas raisonnable de s'attendre à ce que des changements comportementaux à long terme découlent d'une brève participation à ces programmes d'intervention. Il conviendrait mieux d'être sélectif dans le choix des conducteurs qu'on inscrit à ces programmes. Selon la gravité du problème, on devrait diriger les conducteurs vers des programmes de conception et d'intensité diverses.

## Programmes en milieu de travail

La plupart des programmes en milieu de travail touchant l'alcool et d'autres drogues se classent en deux catégories : les programmes d'aide aux employés (PAE) et les programmes de promotion de la santé axés sur le «bien-être». La plupart de ces programmes sont des PAE et visent davantage le traitement de l'alcoolisme que la prévention ou l'intervention précoce (Roman, 1981; Nathan, 1984). On a beaucoup vanté les mérites des PAE au plan de l'intervention précoce, mais cette opinion n'est guère prouvée (Shain et Groeneveld, 1980). Même s'il n'existe pas de normes uniques et généralement acceptées en ce qui touche la mise en oeuvre des PAE, la méthode est habituellement la suivante : 1) la diminution du rendement au travail permet de déceler le problème imputable à l'alcool; 2) le superviseur met l'employé au fait de la situation; 3) on réfère l'employé à des ressources internes ou externes de counselling ou de traitement; et 4) on menace de prendre des mesures disciplinaires contre l'employé ou de congédier ce dernier s'il ne s'améliore pas (Babor et coll., 1986). La plupart des programmes favorisent maintenant une approche globale et ne mettent pas l'accent exclusivement sur l'alcool.

La grande variété des objectifs et des stratégies d'implantation complique l'évaluation des PAE (Jerrell et Rightmyer, 1982). En outre, la plupart des études incluent une évaluation avant et après la mise

en oeuvre du programme sans groupes de référence. Ce ne sont là que quelques facteurs expliquant l'absence de preuves à l'appui des PAE en général, et de leur apport aux interventions précoces en particulier (Jerrell et Rightmyer, 1982; Walker et Shain, 1983; Nathan, 1984). La plupart des preuves citées à l'appui des PAE proviennent d'évaluations plutôt limitées du programme de traitement ou du service de counselling (par exemple, Kurtz et coll., 1984). Cependant, l'évaluation globale des PAE est bien différente d'une évaluation de leurs composantes (Babor et coll., 1986).

Les programmes de promotion de la santé en milieu de travail, axés ou non sur le bien-être, peuvent inclure un dépistage de l'alcoolisme et une intervention, le cas échéant. Cependant, les programmes axés sur le bien-être s'inspirent habituellement d'une vision très globale du mode de vie. Ils omettent souvent de mentionner l'alcool comme facteur de risque pour la santé. Parmi les comportements sains et les facteurs de risque les plus souvent abordés, on retrouve le tabagisme, la nutrition, l'exercice et la gestion du stress (Weinstein, 1986). Certains programmes mettent aussi l'accent sur l'assainissement du cadre de travail. Un de ces programmes globaux (le programme «Vivre pour mieux vivre» de Johnson et Johnson) a réussi à réduire les hospitalisations, de même que les réclamations d'ordre médical versées par l'entreprise (Bly et coll., 1986). De nombreuses recherches démontrent l'efficacité des programmes axés sur le bien-être global en ce qui concerne la réduction de certains facteurs de risque pour la santé, de même que certains aspects de la santé (par exemple, Blair et coll., 1984; Baun et coll., 1986; Bibeau et coll., 1988). Cependant, les publications étrangères ne fournissent aucune preuve de l'effet de ces programmes globaux en ce qui touche la consommation d'alcool ou les problèmes connexes.

Ces observations tirées des publications étrangères reflètent assez bien la situation au Canada. Les études canadiennes ont démontré certains effets positifs des programmes axés sur le bien-être en milieu de travail. Par exemple, Cox et coll. (1981) ont montré que les employés participant à un programme de conditionnement physique ont amélioré leur forme à plusieurs égards tout en réduisant l'absentéisme et le roulement de la main-d'oeuvre. Cependant, peu d'évaluations canadiennes ont mis l'accent sur la consommation d'alcool ou sur le dépistage et le traitement des employés qui éprouvent des problèmes imputables à l'alcool.

En Ontario, selon une étude de Shain et coll., (1986), on a constaté une consommation hebdomadaire d'alcool nettement inférieure à la moyenne chez des employés des deux sexes après la participation à un cours de six heures. Les réductions les plus remarquables s'observent chez les plus grands buveurs. Cependant, on n'a eu recours à aucun groupe de référence. L'ensemble des résultats laisse croire que cette réduction était due à la participation au programme, en partie à tout le moins. Shain et coll. évaluent maintenant un projet conjoint en milieu de travail (Fondation de recherches sur l'alcoolisme et la toxicomanie/Santé et Bien-être social Canada). Ce programme global a été conçu d'après une évaluation exhaustive des besoins et des critères d'évaluation établis récemment (Shain, 1990).

Une autre évaluation exhaustive d'un programme de promotion de la santé en milieu de travail, orientée sur la consommation d'alcool, est aussi en cours à Montréal (Kishchuk et coll., 1990). Le programme vise tous les buveurs, y compris ceux qui présentent des risques modérés d'éprouver des problèmes d'alcool. En général, le programme vise à tempérer la consommation. Le contenu de l'intervention a été défini par une série d'évaluations de processus par des groupes de discussion et d'autres méthodes qualitatives. A cette étape-ci de l'évaluation, on observe une nette résistance des travailleurs à certains aspects des programmes d'éducation sur l'alcool. On a observé notamment de la résistance à l'emploi d'un questionnaire comme indicateur de «problèmes imputables à l'alcool»; les employés croyaient que cela les ferait passer pour des alcooliques. On a aussi émis des réserves sur les limites proposées comme une «saine» consommation (par exemple, 14 verres par semaine). Plusieurs participants ne consommaient pas cette quantité et croyaient que le programme risquait d'encourager une plus forte consommation, contrairement à ses objectifs. Ce programme sera soumis à une étude d'efficacité. Dans l'ensemble, ce programme novateur est un excellent exemple d'évaluation graduelle et multiforme d'un programme sur l'alcool en milieu de travail.

Groenveld et ses collègues ont relaté en 1984 l'une des évaluations canadiennes les plus complètes portant sur un programme d'aide aux employés. L'évaluation s'est penchée sur l'implantation des politiques du PAE, de même que sur les résultats de la participation au traitement subséquent de l'alcoolisme. L'évaluation du processus a mis en lumière diverses perceptions des objectifs du programme (par exemple, l'économie et la réhabilitation). L'évaluation a aussi relevé certains indicateurs de l'application des politiques (par exemple, le nombre et les caractéristiques des employés inscrits, les critères utilisés par les superviseurs pour référer des employés et les résultats des références). Dans l'évaluation des résultats, un groupe de buveurs intempérants qui ont été référés pour suivre un traitement ont été jumelés en fonction de l'âge et de l'ancienneté à un groupe d'employés qui ne font pas d'excès. On a observé, chez les participants au programme, d'importantes améliorations quant au coût des services de santé, aux mesures disciplinaires et à l'absentéisme. Selon une étude de suivi d'un autre groupe de participants au programme, la plupart de ces derniers ont rapporté que le traitement leur a été utile et qu'ils ont été capables de mieux gérer certains aspects de leur vie (par exemple, le travail et la famille). De même, on a noté une baisse de la consommation d'alcool rapportée par les participants. Presque tous les employés qui participaient à l'étude de suivi avaient déjà cherché à se faire traiter à l'extérieur; en outre, même si le traitement était considéré généralement comme utile, nombre de participants ont moins apprécié certains aspects (par exemple, l'hospitalisation, les rencontres de suivi). Dans l'évaluation, on a formulé plusieurs recommandations pour améliorer le processus d'identification des buveurs intempérants en milieu de travail et pour réintégrer les employés après le traitement. Cette évaluation fournit certaines preuves qualitatives et quantitatives de l'application réussie et de l'efficacité d'un PAE. Cependant, la nature de l'évaluation des participants élimine toute affirmation définitive selon laquelle les améliorations dans la consommation d'alcool et dans le fonctionnement général découlent des politiques ou du traitement.

En résumé, il existe certaines preuves que les programmes en milieu de travail axés sur le «bien-être» peuvent être efficaces pour améliorer certaines dimensions de la santé et réduire des facteurs de risque comportementaux, comme le tabagisme et l'alimentation. Cependant, leur efficacité pour réduire la consommation d'alcool et d'autres drogues est loin d'être prouvée. Les PAE ont rarement été évalués en profondeur et, jusqu'à maintenant, les évaluations contrôlées ne démontrent guère l'efficacité de ces programmes en ce qui touche la consommation d'alcool et les problèmes imputables à cette substance.

## Programmes des établissements de soins de santé et de services sociaux

Pendant les 10 dernières années, l'une des tendances les plus significatives dans la prestation de services liés à l'alcool et aux autres drogues est l'élaboration de programmes d'intervention précoce. La stratégie consiste à offrir ces programmes sur les lieux mêmes où des professionnels de la santé sont susceptibles de rencontrer quotidiennement des buveurs intempérants et des toxicomanes (par exemple, Martin, 1990). Dans ce domaine, on a mis l'accent sur les médecins et les autres professionnels de la santé (Skinner, 1990). Il est prouvé que les médecins oublient souvent d'encourager leurs patients qui éprouvent des problèmes d'alcool à réduire leur consommation. Ils oublient de les avertir des dangers de l'intempérance pour la santé ou, au besoin, de les diriger vers un programme de traitement contre l'alcoolisme (Hingson et coll., 1982; Cleary et coll., 1988). Cependant, les médecins ne sont pas les seuls professionnels susceptibles d'intervenir dans ce domaine. Tous les agents de soins de santé primaires et nombre d'autres professionnels, comme les travailleurs sociaux et les psychiatres, pourraient avoir recours aux techniques d'identification et de traitement avec leurs clients réguliers qui éprouvent des problèmes imputables à l'alcool et à d'autres drogues (par exemple, Ehline et Tighe, 1977; Jacobson et Lindsay, 1980).

### *Stratégies de détection*

Plusieurs recherches ont porté sur des procédures de dépistage simples et précises pour détecter rapidement les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. Quatre grandes catégories de méthodes ont retenu l'attention: les épreuves de laboratoire pour détecter les marqueurs biochimiques de la consommation d'alcool, les questionnaires et entrevues à base d'indicateurs psychosociaux, les indices cliniques et les techniques multiples.

Les marqueurs biochimiques de la consommation d'alcool qu'on utilise le plus fréquemment sont le taux de gamma-glutamyl-transférase (GGT) et le volume globulaire total moyen (VGT). La GGT est un enzyme emmagasiné principalement dans le foie. Cet enzyme est influencé par la quantité d'alcool métabolisé. Le VGT désigne le volume de globules rouges total, et on croit qu'il varie par un effet direct de l'alcool sur la moelle osseuse. Les études initiales sur ces indicateurs ont été fondées sur un échantillonnage de personnes traitées pour des problèmes imputables à l'alcool (par exemple, Rosalki et Rau, 1972). On a constaté que leurs indicateurs étaient anormaux dans 60 à 80 p.100 des cas. Cependant, selon des résultats plus récents fondés sur un échantillonnage du grand public ou de la pratique médicale, ces indicateurs ne permettraient de détecter que 10 à 40 p.100 des personnes qui éprouvent des problèmes d'alcool (par exemple, Chick et coll., 1981). Même si ces marqueurs biochimiques et plusieurs autres ont fait l'objet d'études [voir Babor et coll., (1986) et Saunders et Conigrave (1990) pour des études récentes], on n'a pas pu prouver qu'ils sont assez sensibles pour déceler les premiers stades d'alcoolisme. Ces marqueurs ne semblent pas aussi efficaces que d'autres méthodes courantes (Bush et coll., 1987). Actuellement, la recherche met l'accent sur les mesures biochimiques plus sensibles aux stades précoces d'alcoolisme (par exemple, Stibler et coll., 1986). Malgré ces réserves, les épreuves de laboratoire peuvent quand même fournir des preuves objectives des dommages imputables à la consommation d'alcool et convaincre la personne de s'abstenir ou de tempérer sa consommation.

Les questionnaires sur les problèmes imputables à l'alcool et leurs conséquences aident depuis longtemps les professionnels à poser un diagnostic d'alcoolisme. Plusieurs variantes de cette méthode ont servi à dépister les premières manifestations de problèmes imputables à l'alcool. Parmi ces questionnaires, les mieux connus sont le CAGE (Mayfield et coll., 1974) et le Test de dépistage d'alcoolo-dépendance du Michigan (MAST) (Selzer, 1971). Le questionnaire CAGE[5] a fait l'objet d'une attention considérable, récemment, quand des études ont montré sa très grande *sensibilité* (c'est-à-dire son aptitude à déceler précisément les personnes qui éprouvent des problèmes imputables à l'alcool) et sa très grande *spécificité* (c'est-à-dire sa capacité d'exclure les personnes qui n'éprouvent pas ces problèmes) (par exemple, King, 1986; Bush et coll., 1987; Beresford et coll., 1990). Ainsi, Beresford et coll. (1990) ont constaté que le CAGE a reconnu 76 p.100 des cas positifs et éliminé 94 p.100 des cas négatifs, ce qui dépasse de loin l'efficacité de divers marqueurs biochimiques. L'un des avantages notables du CAGE est sa concision qui permet de l'incorporer facilement et sans que cela paraisse aux questions de routine posées aux patients. Cependant, la mesure dans laquelle il permet de déceler les premiers stades d'alcoolisme est toujours discutable.

Le MAST et les nombreuses versions modifiées de cet instrument (Pokorny et coll., 1972; Swenson et Morse, 1975; Selzer et coll., 1975; Kritenson et Trell, 1982) ont également été étudiés dans un grand nombre d'établissements de soins de santé. Comme pour le CAGE, il est certainement possible d'utiliser le MAST comme instrument de dépistage dans les établissements de santé (voir par exemple, Cleary et coll., 1988; Flemming et Barry, 1991). Cependant, le MAST présente peu d'avantages sur le CAGE, voire aucun; de plus, il semble mieux conçu pour détecter les cas graves d'intempérance et d'alcoolisme.

Une vaste gamme de questionnaires de dépistage psychosociaux ont été élaborés pour reconnaître les problèmes (par exemple, le *Canterbury Alcoholism Screening Test* (Elvy, 1984)). L'une des contributions récentes et notables dans le domaine vient d'une étude sur l'intervention précoce en collaboration avec l'OMS (Babor et Grant, 1989). L'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) a été élaboré pour dépister les buveurs excessifs ou ceux qui éprouvent des problèmes connexes (Saunders et coll., sous presse). Même s'il faut effectuer beaucoup d'autres recherches pour valider l'AUDIT dans divers établissements et avec des populations cliniques

---

[5] CAGE est l'abréviation anglaise des quatre questions de l'outil de dépistage: Avez-vous besoin de réduire votre consommation d'alcool? *(Need to cut down on drinking?)* Êtes-vous agacé par les critiques touchant votre consommation d'alcool? *(Annoyed by criticism about your drinking?)* Éprouvez-vous de la culpabilité concernant votre consommation d'alcool? *(Guilty about drinking?)* Avez-vous besoin de prendre un verre le matin ou en vous levant? *(Need a morning drink or eye-opener?)*

différentes, les résultats des études originales ont montré une sensibilité de 92 p.100 et une spécificité de 94 p.100. On a recommandé l'AUDIT comme instrument de dépistage et comme guide général pour les professionnels de la santé, lorsqu'ils rencontrent des antécédents de consommation abusive d'alcool (Saunders et Conigrave, 1990).

Les indices cliniques et les signes de consommation immodérée d'alcool constituent la troisième approche de dépistage des premières phases d'alcoolisme dans les établissements de santé. En France, le chercheur Le Go a élaboré une grille d'analyse des signes cliniques, comme les tremblements et les stigmates physiques. Cette «grille de Le Go» a été utilisée à grande échelle comme instrument de dépistage dans les établissements français (Le Go, 1976; Babor et coll., 1985). On a aussi recommandé que les signes cliniques et symptômes divers ainsi que les autres aspects du comportement du patient, comme les annulations de rendez-vous et les demandes d'avis de maladie, soient incorporés aux indices composites pour aider à reconnaître les patients qui éprouvent des problèmes d'alcool (par exemple, Wilkins, 1974). Dans le cadre du projet de l'Organisation mondiale de la santé relatif aux interventions précoces, plusieurs signes physiques ont formé la base d'une procédure de dépistage clinique (Saunders et coll., sous presse). Comme l'ont remarqué Saunders et Conigrave (1990), l'un des problèmes des stratégies de détection de ce type est que la plupart des conséquences physiques découlent d'une consommation immodérée plus régulière et plus prolongée qu'on pourrait en conclure par l'identification dite «précoce». Ils fournissent une liste des indicateurs cliniques qui ont été cités dans la documentation comme étant des signes précoces d'alcoolisme. Comme pour les résultats des épreuves de laboratoire, les observations de médecins quant à ces conséquences objectives et physiques peuvent aider à faire admettre au patient qu'il éprouve un problème d'alcool. Ils peuvent aussi inciter le médecin à poser plus de questions sur la consommation d'alcool, plutôt que d'être utilisés comme seule technique de dépistage.

En dernier lieu, certains chercheurs ont étudié l'effet combiné de diverses méthodes pour améliorer l'exactitude de la détection. On trouve, par exemple, la combinaison de divers marqueurs biochimiques (Ryback et coll., 1982) et la combinaison de la mesure de la GGT avec une version modifiée du MAST (Kristenson et Trell, 1982). Cependant, les données statistiques donnent à croire que la combinaison de différentes épreuves de dépistage *réduit* souvent leur sensibilité, plutôt qu'elle ne *l'améliore* (Sackett et coll., 1985). En outre, à moins que les indicateurs individuels soient régulièrement disponibles, les indices composites peuvent être moins pratiques à utiliser que d'autres options pour dépister les buveurs excessifs.

En résumé, une vaste gamme de méthodes ont été évaluées comme instruments de dépistage de l'alcoolisme à un stade précoce. Aucune d'entre elles ne s'est distinguée par sa précision et sa fiabilité pour la détection *précoce* parmi les populations hétérogènes. Cependant, on s'accorde généralement pour dire que la meilleure approche consiste à incorporer des entrevues brèves et des questionnaires (comme le CAGE ou l'AUDIT) dans la pratique quotidienne et régulière (par exemple, Saunders et Conigrave, 1990). D'autres approches peuvent être utilisées pour apporter des informations supplémentaires.

Les études de la sensibilité, de la spécificité et de la valeur prévisionnelle des procédures et instruments permettent de vérifier ces techniques de dépistage. Cependant, il s'agit habituellement de projets de recherche contrôlés et surveillés étroitement qui n'abordent pas l'application pratique de ces techniques dans divers établissements. En outre, elles n'abordent pas la formation des médecins et d'autres professionnels de la santé, ou diverses stratégies de dissémination des résultats de recherche. Très peu d'études se sont penchées sur l'application et la dissémination.

Une étude rapportée par Dudgeon et Mayfield (1985) a porté sur les effets de l'intégration du questionnaire CAGE aux outils de détection et aux habitudes de diagnostic des médecins résidents. Ils ont étudié 100 dossiers de malades admis à un service ambulatoire avant la publication du CAGE. Ces dossiers ont été comparés avec ceux des 100 premiers malades examinés après la publication du CAGE. Peu de preuves laissaient croire qu'une collecte systématique de données ait été effectuée ou qu'un groupe de malades ait été dépisté par un résultat positif aux questions du CAGE. Cependant, certains indices laissaient croire qu'il a aidé à poser un diagnostic d'«alcoolisme» et qu'il a amélioré la qualité des remarques écrites sur les malades. Même si le CAGE

peut être utile aux médecins, on en a conclu que sa simple publication n'est pas susceptible d'être très efficace s'il n'y a pas d'efforts concertés pour former les médecins et inciter ces derniers à utiliser le questionnaire.

En Grande-Bretagne, on a eu recours à des «animateurs de santé» pour former des médecins et pour agir sur leur pratique régulière en cabinet en ce qui touche la promotion de la santé et les pratiques préventives. Ce modèle a été élaboré pour fournir aux équipes de soins primaires un service de consultation et de formation en ce qui concerne les facteurs de risque cardio-vasculaire (Fullard et coll., 1984, 1987). Depuis, il a été étendu à d'autres problèmes de santé, y compris l'usage intempérant d'alcool (Anderson 1990). Chez les buveurs excessifs, cette substance est considérée comme un facteur de risque pour la santé. Un animateur est habituellement responsable d'assurer des services de formation et de consultation auprès de 30 à 40 équipes de soins primaires, sous l'autorité d'un responsable de la santé. L'évaluation d'un projet comprenant un animateur spécialisé dans les problèmes imputables à l'alcool est actuellement en cours (John, 1990).

Le modèle de l'équipe «A» (*A-team model*) est une autre approche visant la dissémination de l'intervention précoce, de même que les stratégies de traitement (Williams et coll., 1985). Ce programme se compose d'une intervention en milieu hospitalier à l'aide d'une équipe interdisciplinaire qui assure des services d'éducation et de consultation auprès du personnel en ce qui concerne la détection et le traitement des malades qui éprouvent des problèmes imputables à l'alcool. Plusieurs aspects de ce programme visent la détection et le traitement des cas graves d'alcoolisme (par exemple, les méthodes de désintoxication). Sa capacité de disséminer les outils et les techniques d'intervention précoce n'a pas fait l'objet de recherches approfondies.

Les chercheurs canadiens ont contribué de façon notable à l'élaboration d'outils et de techniques de détection des problèmes d'alcool à leurs premiers stades. Les travaux de Skinner et de ses collaborateurs à Toronto sont les plus remarquables par leur apport dans une vaste gamme de stratégies pouvant être utilisées dans les établissements de santé et autres. On a mis au point une «évaluation informatisée du mode de vie» (*Computerized Lifestyle Assessment*) y compris une composante pour dépister l'abus d'alcool et les problèmes connexes (Skinner et coll., 1985a, 1985b, 1987). Une «échelle des traumatismes» (*Trauma Scale*) a également été élaborée pour aller de pair avec des marqueurs biochimiques (Skinner et coll., 1984). L'approche la plus exhaustive est l'«index des signes cliniques liés à l'alcool» (*Alcohol Clinical Index*), qui combine les signes et les symptômes cliniques avec des détails tirés des antécédents médicaux (Skinner et coll., 1986). Outre ces techniques et leur apport pratique, Skinner et ses collaborateurs ont clairement défini le rôle des médecins de famille et des autres professionnels de la santé en ce qui touche la prévention, l'intervention précoce et le traitement. Ils ont fourni une grande partie de la base conceptuelle et théorique par laquelle on peut appliquer les procédures et les programmes pertinents (par exemple, Skinner, 1985a, 1990; Skinner et Holt, 1983).

Au Canada, comme ailleurs, il existe peu d'évaluations de la diffusion et de l'application des procédures de dépistage dans les établissements.

En Alberta, l'AADAC était préoccupé par le peu de personnes référées par des médecins à leur service de traitement. En collaboration avec l'*Alberta Medical Association*, l'AADAC a élaboré une trousse documentaire pour aider les médecins à diagnostiquer et à traiter l'alcoolisme ainsi que la toxicomanie (Brown et coll., 1990). La trousse, intitulée *Treatment of Alcohol and Drug Related Problems: Resources for Physicians* («traitement des problèmes imputables à l'alcool et aux autres drogues; trousse documentaire à l'intention des médecins), contenait des aides diagnostiques, un répertoire des services aux toxicomanes en Alberta, un réseau de références et de communications, de même qu'un petit guide détaillé sur le traitement médical des problèmes d'alcool. Deux affiches destinées aux bureaux des médecins étaient aussi incluses pour encourager les malades à parler de toxicomanie. Au total, 103 médecins ont été choisis pour l'étude; ils devaient être des généralistes ou des spécialistes qui assuraient des soins permanents à leurs malades. La plupart des médecins ont rempli un questionnaire avant de recevoir la trousse et ont participé à une courte entrevue téléphonique de suivi trois et six mois après la réception de la trousse.

Selon les résultats de l'évaluation, trois mois après la réception de la trousse, deux tiers des médecins l'avaient lue, et la plupart avaient trouvé cette documentation quelque peu ou très utile. Selon

les observations de certains spécialistes (par exemple, les obstétriciens et les orthopédistes), la trousse n'était pas pertinente à leur pratique. Même si 15 p.100 des médecins qui avaient pris connaissance de la documentation ont utilisé les aides diagnostiques, la plupart d'entre eux les ont utilisées moins d'une fois par mois. Six mois après la réception de la trousse, 16 p.100 des médecins ont rapporté avoir utilisé le manuel pour diagnostiquer ou traiter des malades toxicomanes. De ce groupe, la plupart ont indiqué que le manuel les avait aidés à assurer un meilleur service aux malades. Six mois plus tard, on a observé un accroissement significatif de la facilité avec laquelle les médecins pouvaient lancer la discussion sur les problèmes imputables à l'alcool et à d'autres drogues et utiliser les services de l'AADAC. Après avoir reçu la trousse, le personnel a également rapporté que les médecins référaient des malades d'une façon plus appropriée et qu'ils étaient plus satisfaits des communications. Les auteurs ont conclu que la trousse documentaire était utile aux médecins. Plusieurs recommandations ont été formulées pour accroître son utilité : inclure plus de renseignements sur les autochtones, les femmes et les adolescents; et concevoir les trousses en fonction d'un groupe plus restreint de médecins.

L'un des principes les plus importants pour tout programme de dépistage ou de détection précoce est celui du traitement : il faut disposer d'un moyen pratique et efficace pour traiter les problèmes cernés (Wilson et Jungner, 1968). En intervenant de façon précoce, particulièrement avant que la dépendance psychologique ou physique ne s'installe, les chances de réussite sont meilleures. Un certain nombre d'études ont évalué l'efficacité du counselling ou d'autres techniques de traitement à l'intention des personnes qui consomment une quantité immodérée d'alcool et qui ont été dépistées au moyen de programmes d'intervention précoce. Même si certaines études sont aussi mentionnées dans le chapitre suivant, qui traite de l'évaluation des programmes de *traitement*, nous les abordons brièvement en raison de leur lien évident avec les programmes d'intervention précoce.

### *Stratégies d'intervention*

Les stratégies de counselling à l'intention des buveurs intempérants dépistés par des programmes d'intervention précoce se fondent sur le principe général selon lequel il faut faire correspondre les traitements aux forces et aux faiblesses spécifiques du malade (Glaser, 1980; *Institute of Medicine*, 1990a). La gravité du problème est l'un des critères servant à choisir le type de traitement. Par exemple, une étude importante a montré que les malades qui présentent peu de symptômes de dépendance à l'alcool ont tiré le plus grand profit d'un bref counselling dont l'objectif consistait à réduire la consommation, alors que les malades souffrant de dépendance physique s'en sont mieux tirés avec un traitement plus intensif visant l'abstinence totale (Orford et coll., 1976). Ainsi, la plupart des stratégies de traitement préconisées par les programmes d'intervention précoce visent les personnes non dépendantes qui éprouvent des problèmes imputables à l'alcool et dont les objectifs sont souples et comprennent la réduction de la consommation. On accorde une grande confiance aux techniques comportementales et de maîtrise de soi, orientées en grande partie par les travaux de Miller et de ses collaborateurs (par exemple, Miller, 1980; Miller et Taylor, 1980). La nature et l'efficacité de ces techniques comportementales sont abordées en plus amples détails au chapitre suivant.

À Malmö, en Suède, dans le cadre d'un programme de dépistage, Kristenson et coll. (1983) ont étudié un groupe important d'hommes d'âge moyen et en bonne santé, reconnus comme de grands buveurs. Le diagnostic était fondé sur un taux élevé de GGT, et les sujets ont été divisés de façon aléatoire entre un groupe d'intervention et un groupe de référence. Les membres du second groupe ont été informés par courrier que leur examen avait permis de relever une détérioration du foie. On leur conseillait de réduire leur consommation d'alcool et on leur demandait de se soumettre à un nouvel examen du foie deux ans après. Les membres du groupe d'intervention ont fait l'objet d'un examen physique détaillé, d'une entrevue exhaustive sur leur consommation d'alcool et les problèmes connexes. Ils ont reçu des conseils sur la façon de modérer cette consommation, et on assurait le suivi sous forme de rendez-vous et de contacts pour contrôler les progrès. Pendant les cinq années qu'a duré le suivi, le taux de GGT s'est amélioré chez les deux groupes. Cependant, chez le groupe d'intervention, on a observé un taux nettement inférieur d'absentéisme causé par la maladie, d'hospitalisation et de décès comparativement au groupe de référence. C'est l'une des premières preuves qu'une simple intervention avec

rétroaction régulière peut présenter un effet majeur sur la consommation d'alcool ainsi que la santé en général.

Cette constatation générale a été confirmée par plusieurs projets ultérieurs mis en oeuvre dans divers établissements médicaux. Chick et coll. (1985) ont évalué l'efficacité d'une séance de counselling de 30 à 60 minutes et d'un guide à l'intention des personnes non dépendantes qui éprouvent des problèmes imputables à l'alcool et qui ont été choisies par dépistage dans un hôpital général. Même si les membres du groupe d'intervention et du groupe de référence ont rapporté une réduction significative de la consommation d'alcool au moment du suivi un an plus tard, on a observé un moins grand nombre de problèmes imputables à l'alcool au sein du groupe d'intervention. Wallace et coll. (1988) ont rassemblé un échantillon de grands buveurs parmi la clientèle des omnipraticiens; la moitié d'entre eux ont été choisis de façon aléatoire pour recevoir une brève séance de counselling de la part de leur médecin. Pendant la séance, on leur a remis un guide et un journal pour noter leur consommation d'alcool. On leur a aussi donné un rendez-vous un mois plus tard. Au suivi à un an, les hommes et les femmes du groupe d'intervention présentaient une réduction nettement plus importante de la consommation d'alcool rapportée.

Il faut mieux évaluer la part du traitement dans les stratégies d'intervention précoce dans les établissements canadiens. Le traitement comportemental et les approches autonomes qui conviennent aux programmes d'intervention précoce ont été évalués pendant les recherches contrôlées de Sanchez-Craig et coll. (1984; 1989). Ces études s'inscrivent dans le contexte plus global de la documentation internationale portant sur la vaste gamme des techniques de traitement comportemental à l'intention des personnes non dépendantes qui éprouvent des problèmes imputables à l'alcool (Miller et Hester, 1986). Selon les résultats des études de Sanchez-Craig et de ses collègues, par exemple, des personnes non dépendantes qui éprouvent des problèmes imputables à l'alcool s'en tirent aussi bien avec un programme dont l'objectif consiste à modérer la consommation que dans ceux où on leur demande de s'abstenir totalement (Sanchez-Craig et coll., 1984). En outre, la plupart des sujets considéraient que la modération est un objectif plus convenable et plus acceptable.

Des évaluations exhaustives de ces stratégies comportementales et autonomes restent à effectuer dans le cadre de programmes d'intervention précoce dans les cliniques communautaires canadiennes. McIntosh et Sanchez-Craig (1984) rapportent les résultats d'une étude pilote dans un cabinet de médecine familiale. Dix-sept patients ont été choisis pour l'étude en fonction de leurs antécédents en ce qui a trait à la consommation d'alcool ou d'évaluations au moyen du MAST ou du CAGE. Deux séances étaient offertes. Pendant la première, on établissait un objectif de consommation d'alcool sain (ou initial) et on recevait des instructions sur la façon d'atteindre l'objectif et sur la tenue du journal. La deuxième séance servait à assurer que tout le monde comprenne clairement la marche à suivre. Elle pouvait aussi servir à rajuster l'objectif, au besoin. Sur les 17 sujets, 14 ont été suivis pendant au moins six mois, neuf pendant au moins un an, et les cinq autres pendant deux ans. Avant le traitement, la consommation hebdomadaire d'alcool des sujets variait entre 12 et 130 verres; au dernier rendez-vous de suivi, près de la moitié ne buvaient plus, et aucun ne consommait plus de 35 verres par semaine. L'essai contrôlé d'une stratégie de traitement similaire est en cours dans une autre clinique médicale (McIntosh et Leigh, 1989).

Lors d'un programme communautaire de promotion de la santé mis en oeuvre dans le sud de l'Ontario par Giesbrecht et coll. (1990) mentionné au chapitre précédent, un programme de counselling et d'intervention précoce a été établi pour modifier les habitudes de consommation d'alcool parmi la population locale. Le programme visait les buveurs intempérants recrutés au moyen de sources médicales et judiciaires, de publicité et de conseils transmis de bouche à oreille. Il comprenait sept séances hebdomadaires où le sujet se retrouvait seul avec un conseiller. Pendant les séances, on évaluait la dépendance à l'égard de l'alcool, on examinait son journal de consommation et on élaborait des stratégies de contrôle. Les résultats indiquent que la consommation d'alcool a diminué chez les participants pendant le programme. Par exemple, le pourcentage de sujets qui consommaient plus de 14 verres par semaine est passé de 54,1 p.100, la semaine avant le début du programme, à 21,2 p.100, la dernière semaine où les données étaient connues. Cependant, l'absence de groupe de référence et d'un suivi à plus long terme ne permet pas de démontrer avec certitude

l'efficacité du programme. L'évaluation de l'implantation du programme montrait une résistance initiale à ce dernier, particulièrement chez les médecins locaux et les spécialistes du traitement, de même que son acceptation graduelle chez les responsables des soins de santé et des services sociaux.

En Alberta, l'AADAC offre le *Drinking Decisions Program* à des personnes socialement stables qui éprouvent des problèmes d'alcool plus bénins. On aide les sujets à évaluer leur consommation d'alcool et on leur enseigne des moyens de la réduire ou l'interrompre. Le programme suit une méthode de counselling cognitif et comportemental fondée sur un modèle éducationnel visant à aider les sujets avant qu'ils n'atteignent le stade chronique. Pour participer au programme, les sujets doivent avoir moins de 45 ans, boire entre 21 et 45 verres par semaine, éprouver des problèmes imputables à l'alcool depuis moins de neuf ans, bénéficier de soutien familial et avoir subi peu de traitements contre ces problèmes. Il existe plusieurs critères d'exclusion (par exemple, les antécédents familiaux d'alcoolisme). L'évaluation du programme comprenait 55 sujets qui ont commencé à participer entre juillet 1982 et février 1984 (Thompson, 1986b). La plupart des participants à l'étude ont été admis au traitement. Ceux qui n'ont pas terminé le programme ou qui ont seulement été évalués ont également été soumis à l'étude. L'évaluation a fourni des données sur les variables démographiques et sur la situation avant le traitement. Un suivi téléphonique a été effectué un an et deux ans et demi après le traitement en vue de déterminer les habitudes de consommation d'alcool, la vie sociale et familiale, la santé émotionnelle et physique, la situation financière et professionnelle et les perceptions du *Drinking Decisions Program*. De l'échantillon de départ, 42 sujets étaient disponibles pour le suivi. Selon les résultats, on a observé une amélioration des habitudes de consommation d'alcool, de la vie de famille et de la joie de vivre en général chez les trois sous-groupes, c'est-à-dire ceux qui ont terminé le programme, ceux qui ne l'ont pas terminé et les malades qui ont fait seulement l'objet d'une évaluation. Cependant, on a observé une réduction supérieure de la consommation d'alcool par rapport à la situation précédant le traitement et une satisfaction accrue face à la vie familiale et sociale chez ceux qui ont terminé le programme. Les personnes qui ont terminé ou non le programme ont indiqué que ce dernier les a sensibilisées davantage aux problèmes d'alcool, et elles l'ont évalué très positivement. Même si ces résultats ont fourni certaines preuves d'efficacité, l'absence d'un groupe de référence n'ayant pas subi le traitement empêche d'établir tout lien de cause à effet. En outre, certaines préoccupations ont été soulevées dans l'évaluation en ce qui concerne la représentativité du groupe disponible pour les entrevues de suivi par rapport à l'échantillon de personnes qui ont terminé le programme.

En résumé, les résultats de plusieurs recherches contrôlées ont montré qu'on peut intervenir à peu de frais auprès des personnes qui éprouvent des problèmes imputables à l'alcool et qui sont dépistées dans des établissements de soins. Même si la réduction de la consommation d'alcool et des problèmes connexes que rapportent ces études est peu importante, le temps et les coûts investis dans les interventions le sont encore moins (Babor, 1990). Un nombre considérable de recherches sont toujours en cours pour évaluer les stratégies de traitement et de counselling qui sont les plus adéquates pour les personnes commençant à éprouver des problèmes d'alcool (par exemple, Babor et coll., 1986). Il faut mener davantage de recherches pour comparer l'efficacité de ces stratégies d'intervention auprès des hommes et des femmes. Ces travaux devront mieux mettre en lumière les drogues autres que l'alcool et la polytoxicomanie. En outre, comme pour l'évaluation des stratégies de *dépistage* des personnes qui éprouvent des problèmes imputables à l'alcool, il faut se pencher davantage sur les questions logistiques, techniques et professionnelles en ce qui touche le *traitement* précoce. Par exemple, selon plus d'une étude, même si les médecins reçoivent une trousse contenant une description des techniques de dépistage, des guides d'entrevue et des documents d'information à l'intention des malades, plusieurs hésiteront à utiliser ces ressources (McLean et Brown, 1986; Brown et coll., 1990). Les stratégies servant à faire connaître les méthodes de dépistage (par exemple, l'emploi d'un animateur spécialisé ou une équipe «A» au l'intérieur d'un hôpital) doivent aussi faire connaître les méthodes de traitements en phase d'intervention précoce. Il faudra davantage d'études qualitatives de l'application des programmes et de l'évaluation des diverses stratégies de formation et de dissémination. Enfin, il faut accroître le nombre d'établissements où les programmes d'intervention précoce sont mis en application et évalués (voir, par exemple, Ehline et Tighe, 1977; Jacobson et Lindsay, 1980).

## Programmes pour les groupes fortement exposés

Des études ont permis de déterminer qu'un certain nombre de sous-groupes étaient particulièrement exposés à des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. Même si on remarque un phénomène de chevauchement dans les programmes de promotion de la santé, d'intervention précoce et de traitement pour ces sous-groupes, on rassemble habituellement tous ces programmes sous la catégorie d'intervention précoce (par exemple, Babor et coll., 1986). Les groupes les plus souvent visés sont les femmes ou les jeunes qui éprouvent divers types de problèmes ou qui vivent dans diverses conditions (voir, par exemple, Dupont, 1989).

Étant donné que la santé et la situation de la femme ont pris de l'intérêt ces dernières décennies, un certain nombre de programmes de prévention à l'intention des femmes fortement exposées ont été mis au point (Ferrence, 1984). Les programmes sont axés sur des groupes cibles comme les femmes enceintes dont le foetus risque d'être atteint du syndrome d'alcoolisme foetal, les femmes dépressives exposées à la polytoxicomanie, les travailleuses, les femmes âgées et les consommatrices de tranquillisants ou d'alcool.

Les femmes sont environ deux fois plus susceptibles que les hommes de prendre des tranquillisants (Santé et Bien-être social Canada, 1989b). Un programme a été conçu pour informer les Québécoises au sujet des tranquillisants et de l'alcool. Ce programme voulait les inciter à s'interroger sur les attitudes sociales et les stéréotypes véhiculés à l'endroit des femmes toxicomanes, provoquer des changements sur le plan de la consommation et amener la population à prendre part à la résolution du problème (Mercier, cité dans Chamberland, 1989). Il s'agit d'un programme souple ayant recours à un manuel, à un vidéo, à des affiches et à des travaux de groupes informels pour tenter d'atteindre les femmes de toutes les régions, de toutes les classes sociales et de toutes les ethnies. L'évaluation du programme a révélé que les taux de participation espérés n'ont pas été atteints. Les personnes qui ont participé au programme ont acquis des connaissances sur les tranquillisants, mais aucun changement durable en ce qui a trait aux attitudes ou au comportement n'a été signalé.

Pour diverses raisons, la plupart des interventions précoces auprès des femmes étaient surtout axés sur les femmes enceintes. En effet, on est porté à considérer le syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) comme un problème de santé public plutôt qu'individuel et on l'associe à divers degrés de consommation. De même, on ne peut parler de «crime sans victime», contrairement à d'autres comportements sous l'influence de l'alcool comme l'ivresse publique. Il y a pourtant de bonnes raisons d'être optimiste quant à l'efficacité éventuelle des programmes visant à réduire l'incidence du SAF. Ferrence (1984) donne la description de plusieurs programmes axés sur la prévention des problèmes d'alcoolisme pendant la grossesse. Même si un certain nombre de ces programmes n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation, on peut déjà remarquer que certains semblent parvenir à réduire la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse. Un programme offert à l'hôpital de Boston consistait à informer les femmes enceintes qui consommaient de l'alcool de façon modérée ou intempérante des risques pour la vie du foetus. Parmi les quelque 1 700 femmes interrogées, environ 10 p.100 ont signalé qu'elles buvaient de façon intempérante et elles ont par la suite été orientées vers un programme thérapeutique. Environ 25 p.100 ont eu recours à un service de counselling trois fois ou plus. De ce pourcentage, plus de la moitié ont réussi à s'abstenir ou à réduire leur consommation d'alcool avant le troisième trimestre de leur grossesse. Un programme de l'université de Washington comportait une campagne médiatique visant le grand public. Cette campagne comprenait des messages téléphoniques et la publication de brochures à l'intention des femmes enceintes ou en âge de procréer, des services de counselling pour les femmes enceintes, des services d'orientation pour les femmes enceintes et les mères alcooliques, de même qu'une formation pour les professionnels sur l'alcoolisme et la grossesse. Des résultats encourageants ont été obtenus dans le cadre d'une évaluation préliminaire portant sur trois groupes: (1) les femmes qui ont reçu une brochure et le questionnaire de dépistage; (2) les femmes qui ont reçu des services de counselling et qui ne semblaient éprouver aucun problème d'alcoolisme apparent; (3) les femmes qui ont reçu des services de counselling et qui éprouvaient des problèmes d'alcoolisme. On a signalé une diminution notable de la consommation pendant la grossesse pour les deux groupes de femmes qui ont reçu des services de counselling. En outre,

l'augmentation de la consommation *après* l'accouchement était moins prononcée chez les femmes qui avaient reçu un counselling que chez celles qui avaient été très peu suivies par un spécialiste. De même, l'évaluation de la formation professionnelle était généralement positive. En général, l'évaluation révèle que les programmes d'information et de counselling dispensés aux femmes sont efficaces en ce qui a trait aux risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

À l'heure actuelle, certaines données probantes révèlent que les enfants d'alcooliques sont eux-mêmes gravement exposés pour des motifs génétiques et psychosociaux (Goodwin, 1984). Par conséquent, l'élaboration de programmes de prévention et de traitement s'est davantage attachée à la situation de ces jeunes. Toutefois, les programmes sont nouveaux et peu de travaux de recherche ont été entrepris pour en évaluer l'efficacité (Russel et coll., 1985). Le programme CASPAR offert aux enfants d'alcooliques dans les écoles du Massachusett compte parmi les programmes les mieux étudiés[6] (DiCicco et coll., 1984). Dans le cas des enfants de la 2e à la 6e année, de 8 à 12 jeunes se rencontrent pendant les heures d'école, une fois par semaine, pendant 10 semaines. Quant aux enfants de la 7e à la 12e année, ceux-ci se rencontrent après l'école à la résidence CASPAR, située hors campus. Il y a deux types de groupes pour les enfants de la 7e à la 12e année: les groupes BASIC offrent des renseignements généraux sur l'alcool et accueillent tout enfant qui souhaite y prendre part, y compris les enfants issus de familles d'alcooliques; les groupes *d'enfants de familles alcooliques* (EFA) sont axés sur l'alcoolisme, ses effets sur la famille et les stratégies pour affronter les situations difficiles. Pour les deux programmes, les enfants sont recrutés par l'entremise de visites en classe, par les professeurs, les conseillers pédagogiques et les parents, de même que par des renseignements transmis de bouche à oreille. L'évaluation du processus a révélé que, même si les enfants d'alcooliques participent à un programme comme le BASIC où on les réunit avec d'autres enfants, le recrutement est plus difficile pour les groupes spécialisés comme l'EFA qui les identifient comme étant des enfants d'alcooliques. En ce qui concerne les enfants qui ont effectivement pris part aux groupes d'EFA, l'évaluation a permis de constater que les enfants de ce groupe étaient plus enclins à s'ouvrir et à partager leur vécu et à s'engager intensément que les enfants d'alcooliques qui avaient choisi de demeurer dans les groupes BASIC. Cependant, même les enfants d'alcooliques des groupes BASIC ont vécu l'expérience de façon différente comparativement à leurs pairs issus d'une famille non alcoolique. Par exemple, ils sentaient que les discussions entreprises dans le cadre du programme étaient plus intimes et les sensibilisaient davantage aux problèmes familiaux liés à l'alcoolisme. En outre, une proportion plus élevée d'enfants d'alcooliques des groupes BASIC ont signalé que leur participation leur avait fait prendre conscience qu'ils devaient modifier leurs habitudes de consommation et qu'ils buvaient moins depuis qu'ils assistaient aux réunions. Même si ces données préliminaires sur l'efficacité du programme doivent faire l'objet d'une étude approfondie parallèlement avec des études longitudinales et mieux contrôlées, elles montrent au moins qu'il est possible d'atteindre les enfants d'alcooliques par l'entremise de groupes qui ne les qualifient pas comme tels.

Les efforts consacrés à l'élaboration de programmes visaient également les jeunes fortement exposés qui ont un comportement déviant et qui peuvent ou non être des enfants d'alcooliques ou de toxicomanes. Le Programme d'aide aux étudiants offert dans l'État de New York a recours à des conseillers professionnels pour fournir des services de prévention et d'intervention contre l'abus d'alcool et d'autres drogues aux étudiants des écoles secondaires dont les parents sont alcooliques, qui ont eux-mêmes fait un usage abusif d'alcool ou d'autres drogues ou qui affichent des problèmes comportementaux ou scolaires laissant transparaître qu'ils abusent de l'alcool ou d'autres drogues ou que leurs parents en consomment (sans auteur, 1983). Les données recueillies au cours de la première année d'évaluation montraient que les participants au programme dont les parents sont alcooliques fréquentaient l'école plus

---

[6] CASPAR est l'acronyme de *Cambridge and Somerville Program for Alcoholism Rehabilitation*. L'organisation fournit une gamme de services de traitement. Le programme offert aux enfants d'alcooliques est dispensé par l'entremise du CASPAR's *Alcohol Education Program* dans les écoles locales ainsi que dans les établissements de CASPAR.

assidûment qu'auparavant et qu'ils avaient diminué de façon encore plus importante la consommation ou l'abus d'alcool ou d'autres drogues que les étudiants du groupe de contrôle. Cependant, seul le sous-groupe d'enfants toxicomanes de parents alcooliques accusait une diminution importante quant à la consommation d'alcool ou de marijuana, quant au nombre d'étudiants qui «planaient» pendant les cours et quant à la consommation de narcotiques autres que l'héroïne. Dans le cadre d'une évaluation de suivi, il est ressorti que les deux groupes (expérimental et de contrôle) avaient beaucoup réduit leur consommation d'alcool et d'autres drogues. Le manque de publications au sujet de la conception des processus d'évaluation, de la composition du groupe de contrôle et des critères de mesure utilisés empêchent de tirer une conclusion définitive à partir des résultats publiés.

Dupont (1989) a passé en revue les programmes offerts aux jeunes qui évoluent dans des milieux à haut risque. Cet examen est d'une importance particulière étant donné qu'il comprend une discussion des stratégies et méthodes permettant de dépister les jeunes fortement exposés à l'alcoolisme et à d'autres toxicomanies. Ces méthodes de dépistage et d'intervention précoce n'en sont qu'à un stade de développement très primaire. Ils sont habituellement composés de listes de vérification de divers facteurs de risque ou de comportements pouvant entraîner des problèmes (par exemple, Hawkins et coll., 1988). Une liste de ce genre a été élaborée par l'*Homewood Health Services* à Guelph (Ontario), et a été utilisée dans le cadre d'un cours aux enseignants sur la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (*Homewood Health Services*, sans date).

En Ontario, Marshman (1990) effectue actuellement une évaluation de la rentabilité d'un programme de développement des aptitudes personnelles à l'intention des étudiants de l'école secondaire qui sont exposés à la toxicomanie. L'étude du programme *HYPER (High Risk Power Enhancing Regimen)* suscite un intérêt particulier du fait qu'il s'agit d'une évaluation exhaustive de l'approche novatrice et globale de la promotion de la santé de Ken Low en Alberta (Low 1986,1990). Cette étude compte également parmi les quelques évaluations économiques de programmes de promotion de la santé au Canada ou ailleurs.

En Alberta, l'effet du programme médiatisé HYPER destiné aux adolescents a été étudié pour déterminer s'il convenait aux adolescents peu exposés ou très exposés aux problèmes d'alcoolisme à l'âge adulte (Dyer et Lind, 1988). Fondée sur le développement psychosocial des adolescents, l'étude avait comme point de référence un modèle pour classer les adolescents à faible ou à haut risque. Un sondage aléatoire parmi les ménages d'Alberta a permis d'interroger 462 adolescents et leur mère. Ce sondage a révélé que les adolescents à plus haut risque qui éprouvaient déjà des problèmes d'alcoolisme étaient moins au courant de la campagne médiatisée comparativement à leurs pairs à plus faible risque et aux buveurs qui n'éprouvent aucun problème, peu importe le degré du risque. Les buveurs n'éprouvant aucun problème, à haut et à faible risques étaient semblables en ce que les deux groupes connaissaient le programme AADAC et la campagne médiatisée et qu'ils les prenaient au sérieux. Cependant, les buveurs à haut risque qui n'éprouvent aucun problème par suite de leur consommation étaient plus susceptibles de croire que le programme était inutile. Les résultats ont également révélé que, même si la proportion d'adolescents qui éprouvent des problèmes d'alcoolisme a diminué depuis le lancement de la campagne, le pourcentage qui éprouvent les mêmes problèmes et qui suivent un traitement a augmenté. Les auteurs en ont conclu que les campagnes médiatiques pourraient être plus efficaces parmi les groupes à faible risque que chez les adolescents fortement exposés à la toxicomanie.

## Questions sur la méthode d'évaluation des programmes d'intervention précoce

La documentation sur les programmes d'intervention précoce n'est pas unanime en ce qui concerne les objectifs de détection. Il faut comprendre la différence entre la *détection* (détermination d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie possible parmi un vaste groupe de personnes non choisies), le *dépistage* (détermination plus précise d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie parmi les personnes reconnues comme éprouvant des problèmes de ce genre) et le *diagnostic* (détermination de la nature et de la gravité d'un problème accompagnée de recommandations pour le traitement) (Allan et coll., 1988). Ces divers objectifs auront un effet sur la conception et l'évaluation des programmes; ainsi, une méthode de détection et d'intervention peut s'appliquer à

l'ensemble d'une population (par exemple, une auto-évaluation de la consommation d'alcool ou d'autres drogues et un guide pour apprendre à diminuer le risque). Une autre méthode pourrait être plus appropriée pour le dépistage dans les cliniques de médecine familiale (par exemple, le CAGE et du counselling à court terme donné par un professionnel de la santé). Enfin, une méthode de diagnostic (par exemple, le MAST ou l'échelle de dépendance envers l'alcool) pourra mieux convenir à certains établissements, pour décider si on doit traiter un cas sur place ou orienter le client vers un organisme spécialisé en traitement de l'alcoolisme ou des autres toxicomanies.

Le manque d'uniformité rend nécessaire de fixer une «règle d'or» servant de norme pour comparer les stratégies de sélection. Étant donné qu'aucune norme n'a fait l'unanimité, on peut difficilement comparer les nombreuses stratégies de détection étudiées, en termes de sensibilité, de spécificité et de valeur prévisionnelle. De fait, l'élaboration d'une telle norme a été entravée par les divers concepts de l'«alcoolisme» véhiculés dans les études. Plusieurs études ont donné un résultat unique ou ont eu recours à une norme limite permettant aux cliniciens de distinguer entre les sujets «alcooliques» et «non alcooliques». Cette entité unique et cette conception pathologique de l'alcoolisme diffèrent considérablement de concepts plus récents qui insistent davantage sur la distinction entre la dépendance à l'égard de l'alcool (ou à l'égard d'autres drogues) et les problèmes liés à leur usage, d'une part, et la consommation d'alcool et d'autres drogues, d'autre part (par exemple, Skinner, 1985; Martin, 1990). L'élaboration d'une règle d'or ou d'une norme pour évaluer l'efficacité des diverses méthodes de détection refléterait ce cadre multidimensionnel.

Une troisième question qui n'a pas encore été examinée adéquatement a trait à la valeur prévisionnelle des diverses stratégies de détection. La valeur prévisionnelle positive désigne le nombre de personnes ayant des résultats positifs lors d'un test et qui ont réellement le problème détecté (positif réel). La valeur prévisionnelle négative désigne le nombre de personnes choisies qui ont eu des résultats négatifs lors d'un test et qui n'ont pas le problème dans la réalité (négatif réel). La valeur prévisionnelle positive varie davantage en fonction de la spécificité du test et de l'incidence du problème qu'en fonction de la sensibilité (Sacket et coll., 1985; Cole et Morrison, 1980). Ainsi, on doit reconnaître de façon plus générale que la valeur prévisionnelle d'une méthode de sélection des problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie varie en fonction de la fréquence de ces problèmes dans la communauté où cette méthode même doit être utilisée. Ainsi, une méthode de sélection peut être particulièrement utile dans les établissements correctionnels où la fréquence est élevée (par exemple, de 50 à 75 p.100), mais n'est pas très utile dans certains établissements de services sociaux ou de santé où la fréquence est plus faible (par exemple, de 5 à 15 p.100). Ces données confirment la nécessité d'évaluer les stratégies de détection précoce qui doivent être mises en application dans divers établissements de services correctionnels, sociaux et de santé.

La stratégie d'évaluation pour les diverses procédures de sélection ne doit pas porter que sur sa capacité de détection et de diagnostic; elle doit comprendre un examen du processus en vertu duquel ces procédures sont adoptées et mises en application par les dispensateurs de services. L'évaluation des divers types de programmes de formation s'impose donc, de même qu'un plus grand nombre d'études qualitatives et empiriques dans divers établissements. Il est particulièrement intéressant de souligner l'efficacité des différentes stratégies pour recruter les personnes éprouvant des problèmes associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues afin de les traiter (Babor et coll., 1986). La fidélité au traitement est aussi une question importante à évaluer par des moyens qualitatifs.

Il faudra aussi des études sur la valeur de diverses méthodes de détection parmi certains sous-groupes démographiques (par exemple, hommes et femmes, jeunes et aînés). De même, il faudra étudier les méthodes d'intervention précoce auprès de personnes qui éprouvent des problèmes de toxicomanie plutôt que des problèmes d'alcoolisme. Des travaux de recherche semblent s'imposer en ce qui concerne l'application de diverses techniques de détection parmi les communautés culturelles et ethniques. Ce besoin est illustré dans l'élaboration du questionnaire AUDIT (Saunders et coll., sous presse) et dans d'autres recherches récentes (par exemple, Alcorso, 1990). Toute démarche visant à transplanter une méthode d'intervention précoce d'un milieu

culturel à l'autre doit être entreprise avec précaution. Étant donné que nombre de ces procédures traitent des conséquences néfastes de l'alcool ou des autres drogues, on doit convenir que la perception de ces «conséquences» et de leur gravité est, en grande partie, influencée par la culture.

Les programmes d'intervention précoce pour les groupes à risque comme les femmes et les jeunes exigent une attention particulière; pour ce faire, on aura recours à des stratégies d'évaluation qui portent sur les méthodes, les résultats et l'aspect économique. Il faut notamment élaborer et évaluer des stratégies de détection précoce pour les jeunes à risque dans divers établissements. Le besoin de trouver un équilibre entre les exigences des programmes d'intervention précoce et les effets néfastes éventuels sur les jeunes à risque est particulièrement important dans ce secteur de recherche et de développement (Dupont, 1989). Comme dans le cas de l'élaboration de programmes pour une population donnée, il est important de mentionner le concept de risque en tant que «probabilité» relative de divers problèmes, compte tenu des facteurs environnementaux et des comportements personnels en cause.

# CHAPITRE QUATRE :
# *PROGRAMMES DE TRAITEMENT ET DE RÉHABILITATION*

Les chapitres deux et trois portaient sur les programmes de promotion de la santé et d'intervention précoce en tant que grandes catégories de réponses de la collectivité aux problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. La troisième grande catégorie est celle du traitement et de la réhabilitation. Cette catégorie se divise elle-même en une vaste gamme de services communautaires qui s'inscrivent dans un continuum de soins.

## Programmes de traitement et de réhabilitation au Canada

On s'est récemment penché sur l'évolution des traitements de l'alcoolisme et de la toxicomanie au Canada, ainsi que sur leur évolution et les questions qu'ils soulèvent dans tout le pays (Rush et Ogborne, sous presse). Cette étude a permis de définir quatre périodes historiques : (1) du début de l'histoire du Canada à la fin de la Deuxième guerre mondiale, époque marquée par une conception moraliste des problèmes d'alcoolisme et par le peu d'attention de la part du gouvernement et de la profession médicale; (2) de la fin des années 40 au milieu des années 60, époque où l'on détermine que l'alcoolisme est une maladie et un problème de santé chronique légitime auquel s'attaqueront des organismes financés par les provinces en mettant sur pied des services de traitement; (3) du milieu des années 60 à 1980, une période d'expansion et de professionnalisme dans le domaine du traitement au Canada; (4) des années 80 à ce jour, période marquée par la diversification des services, un taux de croissance plus raisonnable, une perspective bio-psycho-sociale plus vaste en ce qui a trait à la nature des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie et une planification reposant sur une approche systémique plus formelle.

Rush et Ogborne (sous presse) ont souligné le manque d'uniformité entre les provinces et les territoires sur le plan de l'administration, du financement des services et de l'accessibilité des programmes pour certains groupes cibles. On a toutefois remarqué de nombreuses ressemblances sur le plan de la prestation des programmes. Par exemple, même si l'alcool demeure la principale drogue dont les clients abusent, la plupart des programmes de traitement offrent des «services aux toxicomanes» dont le mandat global est de traiter la «chimiodépendance» ou la «dépendance». En ce qui a trait aux autres caractéristiques des clients, la moyenne d'âge des personnes qui prennent part à un traitement décroît. On a remarqué en outre une baisse générale de la participation des alcooliques chroniques (clochards) aux programmes de traitement.

En ce qui a trait aux types de services offerts, on utilise de moins en moins de lits d'hôpitaux spécialement conçus pour le traitement des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, et on utilise davantage d'établissements non médicaux. Les soins externes gagnent également de plus en plus la confiance des intervenants. En fait, on reconnaît généralement que le traitement doit être accessible dans divers établissements communautaires dans le cadre d'un continuum de soins — désintoxication, soins externes, traitement de jour/de soir et soins en établissement à court et à long termes. On accorde davantage d'importance à l'évaluation globale qui vise à orienter les clients vers les programmes appropriés et à mettre au point des plans de traitement très individualisés.

Plusieurs programmes de traitement élargissent leur portée afin d'aider toute la famille d'un alcoolique ou d'un toxicomane et de faire bénéficier les clients d'une expérience plus vaste dans le domaine du traitement familial. Dans le cas des services aux autochtones, par exemple, le fait de considérer l'usage excessif d'alcool et d'autres drogues comme un problème qui afflige toutes les générations influence considérablement la conception et la prestation des programmes.

Sans base de données nationale uniforme, il est impossible d'établir des comparaisons quantitatives entre la nature et la capacité des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans toutes les provinces et tous les territoires. La dernière enquête nationale sur ces programmes remonte à 1976 et elle a fait l'objet d'un rapport de Reid (1981).

Cependant, on a assez de données pour relever des différences notables en ce qui a trait à l'efficacité des programmes, des d'établissements et des traitements au pays (Rush et Brochu, 1991; Martin, 1990).

## Étude de la documentation étrangère et canadienne

On a publié récemment plusieurs revues importantes de la documentation internationale sur l'efficacité du traitement de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies (par exemple, Miller et Hester, 1980, 1986a, 1986b; *Institute of Medicine*, 1990a, 1990b). En outre, on a tenté de fournir une vue d'ensemble plus condensée de cette documentation de façon à trouver les principaux résultats de recherches et à guider les organismes de financement. Une des études les plus intéressantes a été préparée par le Comité consultatif sur le traitement de la toxicomanie relevant du ministre responsable de la Stratégie provinciale d'action antidrogue d'Ontario (Martin, 1990). Une deuxième étude a récemment été préparée en Australie pour la campagne nationale contre la toxicomanie (Heather et Tebbutt, 1989).

Cette revue de la documentation étrangère et des études canadiennes abordera plusieurs questions relatives à l'évaluation de l'efficacité des traitements. Les principaux résultats d'études sont ensuite regroupés sous les catégories suivantes:

- Modes de traitement;
- Contexte et durée du traitement;
- Évaluation du client et choix de traitement;
- Prévention continue des rechutes et soins;
- Questions sur les systèmes de traitement.

L'étude se termine enfin par les enjeux méthodologiques liés à l'évaluation des programmes de traitement et de réhabilitation.

## Questions générales sur l'évaluation de l'efficacité des programmes

Comme Hesther et Tebbutt (1989) l'ont déjà fait remarquer, que l'efficacité des traitements fasse l'objet de nombreux débats depuis vingt ans reflète l'incertitude dans ce domaine. Les faibles résultats observés, l'absence de différences notables entre les effets de diverses méthodes de traitement et la constatation que les traitements intensifs classiques n'étaient pas plus efficaces qu'un simple counselling de courte durée ont fait perdre confiance en l'efficacité des traitements durant les années 70 (Emrick, 1975). D'importantes études effectuées par Baekeland (1977) et Ogborne (1978) ont fait ressortir l'influence des caractéristiques des clients sur les résultats des traitements. Un vaste programme de recherche entrepris par Moos et ses collègues (par exemple, Billings et Moos, 1983) a permis d'illustrer l'importance de «l'après-traitement». Selon cette recherche, certains événements traumatisants de la vie permettent de prédire les résultats du traitement. Dans l'une de ces études (Orford et Edwards, 1977), on demandait aux clients quel était pour eux le facteur le plus important ayant contribué à leur rétablissement. Ils ont fourni les réponses suivantes: les changements apportés à leur mode de vie (par exemple, le travail et le logement) et à leurs liens conjugaux semblaient plus importants que le traitement offert à l'externe, en établissement, chez les Alcooliques Anonymes ou chez d'autres organismes d'entraide.

Les dispensateurs de traitements et les chercheurs ont proposé une solution à plusieurs volets pour enrayer la perception pessimiste des évaluations. Une de ces solutions était d'offrir des traitements de meilleure qualité, suggérant par le fait même que le traitement pourrait réellement «fonctionner» s'il était dispensé correctement. Une autre solution était de procéder à des évaluations contrôlées de meilleure qualité tout en élargissant le modèle d'évaluation de façon à surpasser la méthodologie habituellement utilisée pour ce genre d'essais cliniques. On adoptait aussi une perspective plus vaste en ce qui a trait aux objectifs de traitement. Cette perspective faisait ressortir le besoin d'établir un plus grand éventail de critères pour déterminer les progrès réalisés et pour évaluer l'efficacité des programmes. Par exemple, Martin (1990) a résumé trois perspectives portant sur les objectifs du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie — *rétablissement*, *amortissement des effets néfastes* ou *soins*. Un programme de counselling pour les usagers de drogues injectables peut être «inefficace» si on considère que le patient ne se rétablira pas ou ne pourra s'abstenir de consommer, mais il peut quand même être «efficace» pour amortir les effets néfastes associés à ce type de toxicomanie. Enfin, un des progrès les plus marquants réalisés au cours de la dernière décennie a été l'élaboration de

«l'hypothèse d'appariement». Celle-ci repose sur la supposition que des clients différents répondront différemment à divers types et objectifs de traitement. Ainsi, l'inefficacité des traitements dans l'évolution naturelle des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie pouvait être expliquée, du moins en partie, par l'incapacité d'apparier les clients au programme de traitement approprié (Glaser, 1980; Miller et Hester, 1986b).

Lorsqu'on résume toute la documentation portant sur l'efficacité des traitements, on constate que les études les plus récentes concluent que «oui», les traitements «fonctionnent». La question, cependant, est devenue plus générale: «Quel genre de personne éprouvant quel type de problème est susceptible de répondre à quel genre de traitement en cherchant à atteindre quels objectifs lorsque la prestation est assurée par quel genre de praticien?» (*Institute of Medicine*, 1990a). Tandis qu'on s'efforce toujours de répondre à cette question considérablement plus complexe, il ressort qu'un traitement particulier et approprié de l'alcoolisme et des toxicomanies peut influencer positivement les résultats. Une étude récente de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1990) conclut qu'en moyenne, de 50 à 65 p.100 des personnes traitées semblent s'être améliorées au suivi. Du groupe qui montrait des signes d'amélioration, environ la moitié aura cessé tout usage d'alcool et d'autres drogues ou aura diminué considérablement sa consommation; l'autre moitié aura beaucoup diminué sa consommation et aura amélioré d'autres aspects de sa vie, mais n'aura pas nécessairement réglé ses problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. Des analyses économiques récentes s'accordent pour dire que les coûts du traitement de l'alcoolisme sont largement compensés par les économies obtenues grâce à un recours moins fréquent aux soins de santé (par exemple, Luckey, 1987; Holder, 1987). Une étude effectuée sur les programmes de traitement de la toxicomanie comme le programme de traitement continu par la méthadone, les communautés thérapeutiques et les services de counselling externes montre également un rendement intéressant des fonds investis dans le domaine du traitement (*Institute of Medicine*, 1990b).

En résumé, les résultats de recherche justifient une attitude plus optimiste que par le passé, grâce à une appréciation plus vaste des résultats du traitement, à des choix de traitement plus appropriés selon les clients et à des analyses qui démontrent le bon rendement des sommes investies. Cependant, ce regain d'optimisme a relancé les recherches pour découvrir des méthodes de traitement efficaces pour certains sous-groupes, de même que des traitements plus universels applicables à plus vaste échelle. Sont particulièrement dignes d'intérêt les méthodes de traitement qui reposent sur une base théorique solide et qui peuvent facilement être adoptées par les dispensateurs de soins. La prochaine section donne une vue d'ensemble quant à l'efficacité des différents types de traitement.

## Modes de traitement

### *Pharmacothérapie*

Tout traitement qui comporte l'administration d'une drogue pour aider à régler des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie entre dans la catégorie générale de la pharmacothérapie. Miller et Hester (1986a) ont effectué une étude sur trois stratégies importantes dans le domaine de la pharmacothérapie des problèmes d'alcoolisme. Ces trois stratégies emploient des médicaments contre la dipsomanie, des psychotropes et des hallucinogènes. On emploie aussi la pharmacothérapie contre d'autres drogues. C'est ainsi qu'on emploie la méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacées et la désipramine pour soulager l'état de manque associé au sevrage de la cocaïne.

Les médicaments contre la dipsomanie causent une réaction physique indésirable lorsque combinés avec l'alcool. L'effet dissuasif provient de l'inhibition de la production de l'aldéhide-déshydrogénase (ALDH), l'enzyme principalement responsable de l'oxydation de l'alcool au contact de l'acide acétique. Le patient craint d'éprouver à nouveau un stimulus négatif.

Le disulfirame (nom de commerce: Antabuse) est le médicament contre la dipsomanie le plus courant dans le traitement des problèmes d'alcoolisme. Combiné à l'alcool, ce médicament produit une violente réaction déplaisante, caractérisée par un afflux de chaleur et de sang au visage, des douleurs thoraciques et des palpitations, des nausées et des vomissements, de la transpiration, des céphalées, des étourdissements, des faiblesses, des troubles respiratoires et une chute marquée de la tension artérielle.

Plusieurs essais cliniques récents n'ont pas réussi à prouver qu'on pouvait recommander le disulfirame (*Institute of Medecine*, 1990a). Ce manque de données probantes, combiné aux effets secondaires dont s'assortit l'utilisation régulière, montre que le disulfirame ne devrait pas être utilisé *systématiquement* comme traitement d'appoint. Cependant, une évaluation contrôlée d'Azrin et de ses collègues (1982) révèle que l'efficacité du disulfirame peut être accrue si l'on donne de la formation pour raffermir la fidélité au traitement et à d'autres aspects du programme.

Le carbimide calcique (noms de commerce : Temposil et Abstem) et le métronidazole (nom et commerce : Flagyl) sont d'autres médicaments contre la dipsomanie qui ont fait l'objet d'une évaluation (par exemple, Egan et Goetz, 1968; Peachey et coll., 1989). Pendant leurs recherches au Canada, Peachey et ses collègues ont mené un essai clinique transversal contrôlé par placebo afin d'observer les effets du carbimide calcique sur les habitudes de consommation et les séquelles médicales. Ils ont constaté que tous les patients soumis à un traitement au carbimide calcique étaient parvenus à réduire leur consommation à la fin du programme de quatre mois. Cependant, les deux groupes (celui traité au carbimide calcique et le groupe placebo) ont connu la même baisse sur le plan de la consommation. Ces résultats prouvent donc que le traitement par les médicaments produit un effet dissuasif psychologique important. Les médicaments contre la dipsomanie sont maintenant recommandés pour une application sélective plutôt que générale dans le cadre d'une stratégie de traitement plus vaste. On tente présentement de déterminer la mesure dans laquelle les médicaments contre la dipsomanie pourraient compléter d'autres approches comme les techniques de prévention des rechutes (Peachey et Annis, 1985).

On a utilisé les *psychotropes* pour traiter les problèmes d'alcoolisme de la façon suivante : en influençant les états mentaux, tout en traitant les psychopathologies sous-jacentes comme l'anxiété ou la dépression qui semblent souvent être à l'origine de la consommation immodérée. Toutefois, aucune évaluation contrôlée n'a encore montré que les psychotropes modifiaient les habitudes de consommation et, étant donné le risque possible qu'un sujet abuse de ces drogues en plus de l'alcool, on devrait en déconseiller l'utilisation (Heather et Tebbutt, 1989). Cette conclusion s'assortit cependant d'une exception : on peut recourir au diazépam (Valium) comme aide pour le sevrage dans les cas d'alcoolisme avancé (voir la section ci-après intitulée *Méthodes de désintoxication*). Certaines données provisoires suggèrent en outre que les antidépresseurs et le lithium pourraient faire décroître très légèrement le désir de consommer de l'alcool, mais les recherches effectuées à ce jour sont loin d'être toutes concluantes. À l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment de données pour justifier le recours aux antidépresseurs pour les clients qui ont des problèmes d'alcoolisme, sauf pour les clients montrant des signes de dépression ou d'anxiété obsessionnelle qui persistent même après que toute consommation ait cessé.

De la fin des années 50 au début des années 70, l'utilisation du diéthylamide de l'acide d-lysergique (LSD) pour le traitement de l'alcoolisme a connu un immense succès. On croyait que les alcooliques entreraient dans un état de demi-conscience, ce qui les aiderait à procéder à une introspection et à laisser tomber leurs défenses. Par ailleurs, ils seraient plus disposés à effectuer des changements de comportement. Même si des études non contrôlées ont donné des résultats positifs, des évaluations contrôlées ultérieures ont remis l'efficacité du LSD en question. Les études récentes recommandent que le LSD et les autres drogues hallucinogènes ne servent plus à traiter des problèmes d'alcoolisme (par exemple, Miller et Hester, 1986a).

La *méthadone* est le traitement le plus courant pour la dépendance aux opiacées (héroïne). Il s'agit d'une drogue synthétique qu'on substitue à d'autres opiacées pour prévenir les effets néfastes du sevrage. L'objectif de ce traitement est de stabiliser l'usager qui procède à des changements d'habitudes de vie, changements qui l'aideront ensuite à vivre sans dépendance envers une substance quelconque. À en juger d'après les évaluations, la méthadone demeure le traitement par excellence contre la dépendance aux opiacées (Martin, 1990); *Institute of Medicine*, 1990b; Heather et Tebbutt, 1989). Toutes ces études font ressortir le fait que la participation à un programme de traitement continu par la méthadone entraîne une plus grande fidélité au traitement, des améliorations sur le plan de la santé, une baisse de la consommation de drogues illicites et, dans une moindre mesure, une tendance à réduire les activités criminelles. Des données recueillies dernièrement montrent également

que le traitement par la méthadone amène le sujet à se désintéresser graduellement des drogues injectables, ce qui réduit par le fait même le risque d'une infection au VIH (Hubbard et coll., 1988).

D'autres drogues ont fait l'objet de recherches en tant qu'agents thérapeutiques éventuels pour le traitement de la toxicomanie; nous proposons au lecteur de consulter d'autres revues plus exhaustives à ce sujet (par exemple, Heather et Tebbutt, 1989). Certaines pharmacothérapies sont prometteuses pour des situations particulières, comme l'utilisation de la désipramine, un antidépresseur tricyclique, pour aider à réduire les symptômes de sevrage aigus découlant de la privation de cocaïne (Gawin et coll., 1989). Cependant, ces pharmacothérapies ne sont pas encore suffisamment appuyées par des évaluations contrôlées pour que l'on puisse généraliser leur application.

### *Counselling et psychothérapie*

Le terme général «psychothérapie» englobe une vaste gamme de traitements employés contre l'alcoolisme et d'autres toxicomanies. Il est donc difficile de résumer toutes les études dans ce domaine. Certains auteurs considèrent que tout traitement axé sur une orientation psychologique est une psychothérapie (par exemple, Emrick, 1982). Une telle définition est évidemment trop vaste pour être d'une quelconque utilité. Dans la plupart des revues de la documentation qu'ont effectuées Miller et Hester (1980, 1986a) et Heather et Tebbutt (1989), on soutient que le traitement de l'alcoolisme par psychothérapie provient d'un modèle psychanalytique, et on utilise surtout ce terme pour désigner la thérapie psychanalytique axée sur l'introspection. D'après ce modèle, les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie sont les symptômes d'un conflit latent (par exemple, une fixation orale ou l'homosexualité latente) et le traitement devrait s'attacher au conflit plutôt qu'au symptôme. Cette pratique diffère du «counselling» qui est plutôt axé sur l'orientation et l'appui, la réalité, les progrès à court terme, la résolution des problèmes et les changements comportementaux. Malheureusement, la tendance des évaluations à ne pas fournir les détails relatifs au contenu et aux méthodes de psychothérapie ou de counselling fait en sorte qu'il est particulièrement difficile de résumer ou de comparer l'efficacité des études.

On a eu recours à différentes méthodes pour évaluer l'efficacité de la psychothérapie en tant que traitement de l'alcoolisme, y compris, par exemple, l'évaluation de cette méthode en tant qu'adjuvant au traitement habituellement dispensé en établissement (Levinson et Sereny, 1969; Pattison et coll., 1967), au traitement à l'externe (par exemple, Kissin et coll., 1970) ou encore, combiné parfois au disulfirame (Bruun, 1963). D'autres études ont comparé les diverses méthodes de psychothérapie; par exemple, une des premières études effectuées par Ends et Page (1957) qui établissait une comparaison entre les groupes axés sur les clients et les groupes psychanalytiques, ou l'étude effectuée par Pomerleau et ses collègues (1978) qui établissait une comparaison entre les groupes traités par introspection et les groupes de thérapie axés sur le comportement.

Les conclusions suivantes sont tirées de la revue effectuée par Miller et Hester (1986a):

- La plupart des études n'ont relevé aucune différence entre les personnes qui suivaient une psychothérapie et celles qui n'en suivaient pas;
- Dans plusieurs études, les différences relevées sont à l'avantage des personnes qui n'ont pas reçu de counselling ou de psychothérapie;
- Les études dont les résultats favorisaient la psychothérapie n'avaient pas utilisé une sélection aléatoire, manquaient de résultats adéquats sur la consommation ou, au mieux, révélaient des différences minimes.

Heather et Tebbutt (1989) font ensuite remarquer que la psychothérapie est habituellement un traitement de longue haleine et que les recherches actuelles qui portent sur les interventions à court et à long termes tendent à favoriser les traitements à court terme en raison de leur rentabilité.

La psychothérapie a fait l'objet d'une évaluation en tant que traitement de la toxicomanie, habituellement pour la dépendance aux opiacées, et souvent en tant qu'adjuvant à un traitement pharmacologique. On soutient parfois que la psychothérapie est tout à fait appropriée aux toxicomanes étant donné que ces derniers ont une incidence de psychopathologie très élevée (Rounsaville et Kleber, 1985). Trop peu d'évaluations contrôlées ont été effectuées pour que l'on puisse tirer des conclusions générales, et les

résultats de deux études expérimentales ne concordent pas. Woody et ses collègues (1987) ont fait une comparaison entre le traitement continu par la méthadone et le counselling, d'une part, et un programme comprenant aussi le traitement continu par la méthadone et le counselling avec en plus une psychothérapie de soutien par l'expression ou une thérapie cognitive du comportement, d'autre part. Après sept mois, les deux groupes qui avaient suivi une psychothérapie recevaient une dose moins forte de méthadone et d'antidipsomaniques. On a trouvé alors moins d'échantillons d'urine contenant des traces d'opiacés que chez le groupe qui n'avait pas suivi la même thérapie. En outre, les clients à forte incidence de psychopathologie semblaient avoir fait des progrès sur plusieurs autres plans s'ils avaient suivi la thérapie complémentaire. Par contre, Rounsaville et ses collègues (1986) ont effectué une étude contrôlée sur un même échantillon de personnes et n'ont trouvé aucun avantage notable à l'ajout d'une psychothérapie interpersonnelle au programme de traitement continu par la méthadone, même pour les patients à forte incidence de psychopathologie. En fait, les clients souffrant de dépression semblaient progresser moins vite s'ils suivaient en parallèle une psychothérapie, et on a même remarqué d'importants problèmes en ce qui a trait au recrutement et au maintien des clients parmi les groupes intéressés.

Ainsi, même si on s'attendait à ce que les alcooliques et les toxicomanes tirent profit de la psychothérapie, les évaluations contrôlées ne semblent pas prouver l'efficacité de cette méthode. Il reste possible que les personnes qui éprouvent certains types de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie puissent bénéficier de ce genre de traitement, spécialement les personnes qui manifestent certains types de psychopathologie. Cependant, on devra poursuivre les recherches dans ce domaine. À en juger d'après les données disponibles, on ne peut recommander la psychothérapie, particulièrement en raison de la complexité du traitement, du besoin d'avoir des conseillers très spécialisés de même que de la durée et du coût du traitement.

*Influence du thérapeute.* Même si on possède encore très peu de données sur les effets positifs de la psychothérapie et du counselling, il demeure possible d'établir que les caractéristiques du thérapeute (par exemple, les attitudes, les croyances, la personnalité, les caractéristiques, la formation, l'expérience, les comportements, le style, l'empathie, l'engagement et la perspective thérapeutique) constituent un facteur déterminant au moment d'évaluer les résultats d'un traitement donné. Cartwright (1981) a remis en question la supposition selon laquelle le thérapeute joue à peine un rôle d'arrière-plan dans le traitement de l'alcoolisme et a laissé entendre que les facteurs (énoncés précédemment) peuvent être tout aussi importants dans ce domaine que pour la psychothérapie en général. La documentation actuelle est limitée en ce qui a trait à l'importance de ces facteurs étant donné qu'on ne les décrit habituellement pas en détail et qu'ils font rarement l'objet d'une évaluation selon un modèle expérimental.

Dans le cadre d'une étude portant sur les caractéristiques des conseillers, on a réparti de façon aléatoire les patients qui éprouvaient des problèmes d'alcoolisme entre huit conseillers (Valle, 1981). Le traitement comprenait un counselling de groupe et un counselling individuel, des exposés didactiques, des réunions des Alcooliques Anonymes, une évaluation psychologique, une thérapie récréative et une consultation quotidienne avec des médecins. Les conseillers étaient responsables de la coordination de tous les services offerts à leurs patients et entretenaient une interaction très étroite avec eux. Les conseillers ont été évalués en ce qui a trait à leur degré d'empathie, d'authenticité, de respect et d'objectivité face à plusieurs énoncés ressemblant aux relations réelles entre le conseiller et les patients. Les résultats ont révélé que plus le conseiller faisait preuve d'aptitudes en relations interpersonnelles, moins les patients étaient susceptibles de faire une rechute et, en fait, moins de patients ont eu une rechute aux suivis à 6, à 12 et à 24 mois.

Luborsky et ses collègues (1985) ont relevé des différences importantes entre les résultats obtenus par les neuf thérapeutes qui offraient les trois types d'intervention lors d'essais contrôlé de la psychothérapie pour les clients traités par la méthadone. La qualité des relations thérapeute-client était le facteur le plus important expliquant ces différences. Dans une autre étude sur les participants à un programme de traitement par la méthadone, la qualité du traitement différait énormément entre les thérapeutes, indépendamment des caractéristiques des clients (McLellan et coll., 1980). Les thérapeutes qui décrivaient les progrès thérapeutiques de façon plus systématique et

plus détaillée, qui respectaient un plan de traitement précis, qui tentaient de prévoir les problèmes et de s'y préparer, qui respectaient les procédures du programme et qui étaient plus sincères envers les clients semblaient obtenir de meilleurs résultats.

Dans la dernière revue de la documentation sur le traitement effectué par l'*Institute of Medicine* (1990a), on a souligné que la contribution des thérapeutes aux résultats positifs était sous-estimée. Enfin, les quelques travaux de recherche effectués révèlent que les compétences du thérapeute, ses aptitudes et son empathie envers le client contribuent notablement aux résultats positifs du traitement.

### *Éducation sur l'alcoolisme et la toxicomanie*

L'éducation est l'une des caractéristiques les plus communes des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Cet aspect comprend habituellement des exposés, des films, des conférences ou des discussions sur l'alcool, les drogues, l'alcoolisme et la toxicomanie. Cette approche éducative repose sur l'hypothèse que les personnes qui éprouvent des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie manquent d'information et que l'éducation pourrait les aider à modifier leur comportement, résolvant, par le fait même, une partie de leurs problèmes. Comme Miller et Hester l'ont déjà fait remarquer (1986a), il y a un parallèle évident ici entre la composante de «traitement» et celle de «prévention», la distinction étant le degré d'évolution du problème des clients.

Dans le chapitre précédent, qui portait sur les programmes d'intervention précoce, on a passé en revue les programmes éducatifs offerts aux personnes accusées de conduite avec facultés affaiblies. Les résultats des évaluations contrôlées pour ce groupe sont partagés et ne fournissent aucune donnée définitive quant à un changement comportemental durable (Nichols et coll., 1978; Foon, 1988). On a entrepris très peu d'évaluations sur les approches éducatives faisant *partie intégrante* de modes de traitement plus classiques. Stalonas et ses collègues (1979) ont établi une comparaison entre trois méthodes d'éducation (vidéocassettes, exposés ou lecture de présentations écrites). Ils ont constaté au suivi que les trois groupes étaient revenus au point de départ sur le plan des connaissances acquises. L'étude ne comprenait pas de groupe de contrôle.

En résumé, les évaluations contrôlées n'ont pas réussi à prouver l'efficacité des programmes éducatifs sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies en ce qui a trait à la modification des comportements de consommation et à la résolution des problèmes connexes. À la lumière de ces données très limitées, on peut facilement remettre en question la ferveur que connaît le traitement par l'approche éducative.

### *Confrontation*

L'idée que les alcooliques et les toxicomanes doivent être confrontés à la réalité de leurs problèmes et qu'il s'agit là d'une pratique thérapeutique est très répandue. Même si la documentation fournit une description détaillée de différentes méthodes de confrontation, Miller et Hester (1986a) n'ont trouvé aucune évaluation contrôlée du counselling par la confrontation chez les alcooliques. Certaines données révèlent qu'un intervenant qui adopte une attitude hostile dans une thérapie de groupe peut produire plus d'effets *négatifs* que s'il emploie une autre méthode d'animation (Liberman et coll., 1973). On se préoccupe, et avec raison, du danger que cette méthode pousse les clients à abandonner le traitement et à perdre leur estime de soi.

Pendant leur étude, Miller et Hester (1986a) ont noté que les méthodes de confrontation ne doivent pas nécessairement être des contrôles coercitifs ou extrinsèques. La «confrontation» comprend également le recours à la rétroaction au sujet de l'état de santé ou aux vidéocassettes pour confronter les personnes à leur comportement lorsqu'elles sont sous l'effet de l'alcool ou d'une drogue. La rétroaction sur l'état de santé s'est révélée efficace comme stratégie d'intervention précoce chez les buveurs qui commencent à éprouver des problèmes. On a déjà mentionné une étude à ce sujet dans le chapitre précédent (Kristenson et coll., 1983). Des études mesurant les effets d'une confrontation au moyen d'une vidéocassette n'ont relevé aucun effet durable sur les habitudes de consommation (par exemple, Baker et coll., 1975; Shaefer et coll., 1972). Des rapports cliniques révèlent que cette expérience est une grande source de stress et qu'elle mène souvent à la dépression et à la perte d'estime de soi. Des recherches montrent également que cette méthode accuse un taux de rechute élevé après la fin du

traitement (Feinstein et Tamerin, 1972) de même qu'un taux plus élevé d'abandon (Schaefer et coll., 1971).

En résumé, même une dose minime de rétroaction quant aux effets de l'alcool sur l'état de santé peut modifier considérablement le comportement des personnes qui commencent à peine à éprouver des problèmes du fait de leur alcoolisme. Cependant, d'autres techniques axées sur le comportement ou sur le counselling de confrontation jouissent d'un soutien empirique mitigé de la part des évaluations contrôlées. Ces techniques peuvent même causer plusieurs effets négatifs.

### *Thérapie conjugale et familiale*

Les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie ont une influence certaine sur la situation familiale de l'intéressé. En retour, la famille a aussi un rôle à jouer. Les programmes de thérapie conjugale et familiale emploient diverses méthodes qui reposent habituellement sur une perspective familiale (Steinglass, 1979). Certains traitements prévoient des rencontres de tous les membres de la famille, tandis que d'autres ne font participer que le couple ou le conjoint ou encore tous les membres de la famille sauf le toxicomane ou l'alcoolique, le cas échéant. Certaines approches ne s'intéressent pas seulement à la consommation d'alcool et de drogues, mais également aux modes de communication et d'interaction familiales. La thérapie familiale est particulièrement recommandée pour les jeunes toxicomanes (Coleman et Davis, 1978). Elle repose sur une approche systémique ou comportementale (Bry, 1988).

La plupart des recherches sur les méthodes de traitement conjugales et familiales ont porté sur les buveurs intempérants; peu d'études ont cherché à déterminer la possibilité d'appliquer ces méthodes aux toxicomanes. Miller et Hester (1986a) ont passé en revue quatre évaluations contrôlées sur les thérapies conjugales et familiales. Ils ont constaté suffisamment de résultats positifs, particulièrement à court terme, pour proposer cette méthode comme traitement d'appoint. Dans une étude, par exemple, McCrady et ses collègues (1979) ont comparé trois situations: l'hospitalisation du buveur intempérant et de son conjoint; la participation des conjoints aux soins ambulatoires dispensés aux buveurs intempérants; aucune participation du conjoint. Au suivi à six mois, les deux groupes qui bénéficiaient du soutien du conjoint ont beaucoup diminué leur consommation d'alcool, comparativement au groupe de contrôle. Cependant, au suivi à quatre ans (McCrady et coll., 1982), les différences entre les groupes avaient disparu. O'Farrell et ses collègues (1985) ont constaté, dans le cadre d'une étude, des effets positifs à court terme, mais transitoires, pendant environ six mois. Cette étude comparait deux types de thérapies où le conjoint était présent (comportementale c. interactive) à un counselling individuel externe. Le groupe qui suivait une thérapie comportementale et où le conjoint était présent ont produit plus de résultats positifs à court terme.

Une étude menée récemment par McCrady et ses collègues (1986) a permis de comparer l'efficacité des trois types de participation du conjoint au traitement externe de l'alcoolisme. Les couples ont été répartis de façon aléatoire entre les trois modes de traitement suivants: (i) participation minimum du conjoint; (ii) participation du conjoint axée sur les problèmes liés à l'alcoolisme; (iii) participation du conjoint axée sur les problèmes liés à l'alcoolisme, plus une thérapie conjugale axée sur le comportement. Le traitement pour les trois groupes était réparti en 15 séances de 90 minutes. Dans le premier cas, le rôle du conjoint consistait à faire preuve de compréhension et à soutenir le buveur intempérant. Dans le deuxième cas, on enseignait au conjoint à renforcer l'abstinence de même qu'un certain nombre d'autres aptitudes grâce à des simulations et à des répétitions. Dans le troisième cas, on offrait du counselling conjugal. Les sujets des trois groupes ont eu des résultats positifs accompagnés d'une diminution de la consommation d'alcool. En outre, ils étaient plus satisfaits quant à leur situation, à leur vie conjugale, à l'activité sexuelle et à la stabilité d'emploi. Des trois groupes, celui qui suivait une thérapie conjugale semblait avoir obtenu de meilleurs résultats, entre autres, en ce qui a trait aux habitudes de consommation et à la satisfaction conjugale.

Prises de façon globale, ces données suggèrent qu'une thérapie conjugale et familiale axée sur le comportement est un adjuvant intéressant au traitement de l'alcoolisme, du moins à court terme. Dans le cadre d'une vaste étude effectuée au Canada par Zweben et ses collègues (1988), on a effectué un essai contrôlé pour établir une comparaison entre l'efficacité d'un programme externe axé sur les

systèmes, consistant en huit séances de counselling avec le conjoint, et un «counselling d'orientation», consistant en une séance à laquelle participait également le conjoint. Les objectifs de consommation ont été définis : consommation modérée ou abstinence, de même qu'une gamme d'autres critères de mesure des résultats (par exemple, l'adaptation conjugale). Le suivi a été prolongé jusqu'à 18 mois. Aucune différence n'a été relevée entre les deux modes de traitement qui différaient pourtant totalement par leur portée et leur intensité. Cependant, les résultats ont révélé que les deux groupes avaient diminué leur consommation d'alcool, avaient augmenté le nombre de jours d'abstinence et s'étaient améliorés sur le plan de l'adaptation conjugale. Ainsi, l'étude confirmait l'important rôle du conjoint dans le traitement, mais ne montrait pas la pertinence de prolonger cette participation pendant une longue période dans le cadre d'un processus thérapeutique exhaustif.

Malgré la documentation prometteuse sur le traitement de l'alcoolisme par la thérapie familiale et conjugale, on possède très peu de données quant à la possibilité d'utiliser ce traitement contre les autres toxicomanies. Dans le cadre d'une étude bien contrôlée sur les toxicomanes (héroïnomanes de sexe masculin), la thérapie familiale s'est révélée plus efficace que la thérapie individuelle ou le groupe de contrôle (Stanton et coll., 1982). Comme Martin (1990) l'a déjà fait remarquer, l'efficacité de la thérapie familiale n'a pas été clairement établie pour les jeunes toxicomanes étant donné que les quelques études portant sur la thérapie familiale pour ce groupe n'ont pas été concluantes. Ainsi, à partir des quelques études effectuées sur des alcooliques adultes, on ne peut généraliser quant à la valeur de la thérapie familiale et conjugale.

### *Thérapie comportementale*

On a eu recours à certaines méthodes de thérapie comportementale pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

*Thérapie par aversion :* Cette méthode de traitement cherche à supprimer les habitudes de consommation en inculquant une aversion ou un dégoût pour l'alcool. Cette méthode repose sur les techniques de conditionnement classiques, c'est-à-dire que l'alcool est combiné de façon répétitive à des expériences déplaisantes. On ne doit cependant pas confondre avec l'usage des médicaments contre la dipsomanie, comme le disulfirame, qui consiste à supprimer les habitudes de consommation par la crainte de manifestations déplaisantes immédiates.

Pendant la thérapie par aversion pour le traitement de l'alcoolisme, les sens soumis au conditionnement sont la vue, l'odorat et le goût des breuvages alcoolisés. Les stimuli non conditionnés sont les médicaments produisant des nausées (thérapie par aversion chimique), les chocs électriques (thérapie par aversion électrique) ou la visualisation d'expériences déplaisantes (sensibilisation cachée). Si on parvient à conditionner le sujet, il réagira automatiquement de façon négative lorsqu'on lui présentera de l'alcool seulement.

Au cours des années 40, une série d'études effectuées à Seattle ont donné des résultats très positifs lorsqu'on utilisait l'émétine pour causer la nausée comme réponse conditionnée à l'exposition à l'alcool (Voegtlin et coll., 1941). Cependant, le fait d'avoir choisi un échantillon de population très stable sur le plan social peut avoir influencé les résultats. Dans la revue de la documentation publiée depuis les années 40, Miller et Hester (1986a) constatent que les résultats sont mitigés mais que la plupart tendent à démontrer une augmentation lente, mais constante, des taux d'abstinence, d'un semestre à l'autre. Une consommation réduite et des besoins de consommation moindres plutôt qu'une abstinence totale semblent être les résultats les plus courants. En outre, les techniques de conditionnement par les nausées semblent plus efficaces que les méthodes par aversion électrique. Les données laissent croire que la thérapie par aversion chimique pourrait être une composante intéressante d'un programme de traitement multimodal, particulièrement pour les buveurs intempérants très motivés et stables sur le plan social. La thérapie par aversion chimique ou par aversion électrique n'a fait l'objet d'aucune évaluation contrôlée chez les personnes toxicomanes.

Le troisième type de thérapie par aversion, connu sous le nom de «sensibilisation cachée» a fait l'objet d'une étude à laquelle prenaient part des buveurs intempérants. Dans le cadre du traitement, on projetait des images accompagnées de suggestions associant l'alcool avec la nausée, avec des vomissements et avec d'autres expériences déplaisantes. Miller et Hester (1986a) ont découvert

des résultats prometteurs dans certaines évaluations contrôlées (par exemple, Elkins, 1980). Le manque d'uniformité sur le plan des résultats de la documentation restante découle probablement des diverses méthodes employées et de la mesure dans laquelle on est parvenu à conditionner les sujets de la recherche. On privilégie maintenant la sensibilisation cachée plutôt que d'autres techniques par aversion étant donné que cette méthode est moins douloureuse et moins dangereuse. En outre, on peut pratiquer cette thérapie sans hospitalisation et elle permet d'appliquer le programme de traitement à domicile. En ce qui concerne les autres types de thérapie par aversion, celle par sensibilisation cachée n'a fait l'objet d'aucune évaluation contrôlée avec des drogues autres que l'alcool.

Le traitement hypnotique ressemble étrangement à la sensibilisation cachée, même s'il englobe toute une gamme de méthodes allant de la simple suggestion posthypnotique à l'aversion induite. On a effectué très peu d'études contrôlées sur l'efficacité de cette méthode. Cependant, les études les plus pertinentes sur le plan méthodologique montrent que cette méthode n'offre aucun avantage particulier par rapport aux autres traitements (par exemple, Jacobson et Silfverskiold, 1973). La variabilité des procédures d'hypnose peut expliquer le manque d'uniformité des résultats de recherche, ce qui rend impossible, à l'heure actuelle, l'évaluation de telles procédures pour le traitement de l'alcoolisme.

***Reconnaissance de l'alcoolémie:*** L'alcoolémie est fréquemment utilisée comme critère de mesure du niveau d'intoxication. Les renseignements relatifs aux liens entre la consommation d'alcool, l'alcoolémie et les effets sur le comportement constituent une composante de nombreux programmes de traitement destinés aux buveurs intempérants. À l'heure actuelle, il existe deux grandes méthodes pour enseigner aux gens comment reconnaître leur alcoolémie : la première porte sur les stimuli internes et la deuxième, sur les stimuli externes. L'expression «reconnaissance de l'alcoolémie» fait généralement référence à la première définition. Par cette méthode d'apprentissage, les personnes consomment des breuvages alcoolisés tout en étant soumis à des stimuli proprioceptifs et à d'autres stimuli internes. Elles reçoivent ensuite une rétroaction quant à leur niveau d'alcoolémie. Ainsi, les sujets apprennent à associer certains stimuli internes à des niveaux d'alcoolémie précis. La rétroaction provient souvent d'un ivressomètre. À la fin du programme, on estime qu'une personne est en mesure de déterminer son alcoolémie sans l'aide de l'appareil. Les évaluations de l'apprentissage de la sensibilité aux stimuli internes ont donné des résultats variés, les résultats les plus positifs ayant été obtenus par les buveurs qui commencent à éprouver des problèmes liés à l'alcool plutôt que par les alcooliques chroniques (Miller et Hester, 1980).

En ce qui a trait à l'apprentissage de la sensibilité aux stimuli externes, on fournit aux personnes une table de calcul ou une machine à calculer pour qu'elles évaluent leur alcoolémie en fonction de la quantité d'alcool absorbée, du temps écoulé, du sexe et de la masse corporelle. Cette technique a été intégrée à plusieurs programmes de thérapie multimodale, et les taux d'amélioration signalés sont comparables à ceux obtenus pour les stimuli internes, voire meilleurs (Miller et Hester, 1980). L'apprentissage de la sensibilité aux stimuli externes est préférable à l'apprentissage des stimuli internes parce qu'il est moins dispendieux et semble être tout aussi efficace. Cependant, la nécessité d'inclure cet apprentissage au traitement de l'alcoolisme n'a pas été établie définitivement. Il faut poursuivre les recherches pour déterminer si cette méthode serait profitable pour certains types d'alcooliques et de buveurs intempérants.

*Exposition aux stimuli :* Selon cette approche comportementale relativement nouvelle, la tolérance, et les symptômes de sevrage seraient des phénomènes conditionnés. Ils seraient donc appelés à disparaître par l'exposition des buveurs intempérants aux stimuli qui les portent à boire tout en les décourageant ou en les empêchant de succomber. Une des principales méthodes employées consiste à donner aux buveurs gravement dépendants une «première» dose d'alcool très forte et de les empêcher ensuite de boire tout en les soumettant à des stimuli, par exemple, leur faire tenir un verre et humer de «l'alcool». Une évaluation contrôlée de cette procédure, avec un nombre restreint de sujets, a donné des résultats encourageants (Rankin et coll., 1983). Une autre approche semblable a été mise à l'essai avec des usagers d'opiacées et a donné des résultats prometteurs quant à la réduction de l'état de besoin des héroïnomanes (Childress et coll., 1986). Les recherches devront être considérablement approfondies afin de déterminer l'efficacité

des méthodes d'exposition aux stimuli dans le cadre du traitement et de la prévention des rechutes.

*Modification des facteurs externes :* Contrairement aux approches comportementales énoncées précédemment, et qui reposent sur les méthodes de conditionnement classiques, l'approche comportementale de traitement comprend également les principes de conditionnement élaborés à l'origine par B.F. Skinner. Fondé sur ces principes, le programme de traitement vise à modifier les circonstances de renforcement du milieu qui aident à forger et à maintenir un comportement de consommation intempérante d'alcool ou d'autres drogues.

Miller et Hester (1980) ont passé en revue plusieurs études expérimentales étroitement contrôlées révélant que même la consommation des buveurs les plus gravement dépendants peut être modifiée en changeant les conséquences de leur consommation. Par exemple, une série d'études effectuées par Bigelow et ses collègues (par exemple, voir Miller et Hester, 1980) ont révélé que des buveurs intempérants parviendront à réduire leur consommation d'alcool s'ils reçoivent une punition pour avoir bu : par exemple, le fait d'être confiné à un milieu restreint ou d'être coupé de tout contact social.

On a également recours à la manipulation du milieu en vue d'accroître la conformité au programme de traitement. Bigelow et ses collègues (1976), par exemple, ont constaté qu'un programme financier permettait d'accroître la conformité au traitement par le disulfirame.

Le programme d'appui communautaire (PAC), mis au point par Hunt, Azrin et ses collègues (Hunt et Azrin, 1973; Azrin, 1976) représente la méthode de gestion des facteurs externes la plus étendue et la plus réussie dans le cadre du traitement de l'alcoolisme. La méthode est structurée de façon telle qu'on encourage le client à cesser de boire tout en l'appuyant dans d'autres aspects de sa vie, y compris les liens familiaux et conjugaux, l'emploi et les aptitudes sociales. L'objectif de cette méthode est de modifier les circonstances sociales qui incitent à consommer de l'alcool ou à s'en abstenir. En réorganisant le milieu social du buveur de façon à ce que d'autres activités plus stimulantes agissent sur le comportement de consommation, on espère que le client renoncera à l'appui de l'alcool du fait de la perte de nombreux autres appuis.

Le programme d'appui communautaire était très vaste au début. Il comprenait du counselling en matière d'emploi, de la formation en résolution de problèmes, de la thérapie familiale axée sur le comportement et du counselling social. Il fallait en moyenne 50 heures de counselling individuel pour chaque client (Hunt et Azrin, 1973). En 1976, Azrin a présenté un programme d'appui communautaire «amélioré» qui incluait le disulfirame comme agent inhibiteur de la consommation impulsive, l'aide continue du conjoint, l'utilisation d'une échelle d'humeurs afin d'aider à prévenir les rechutes éventuelles, le recours à des conseillers-amis et le remplacement du counselling individuel par un counselling de groupe. Ces changements ont permis de réduire la période initiale de 50 heures à 30 heures par client.

Les études effectuées sur le PAC font partie de la documentation la plus encourageante et la plus pertinente sur le plan de traitement. Une étude de comparaison entre le traitement hospitalier habituel et le PAC amélioré a donné des résultats très différents qui semblaient favoriser la deuxième option (Azrin, 1976). Une autre étude, qui portait sur les clients à l'externe seulement et sur le PAC en tant que traitement d'appoint au disulfirame, a également donné des résultats encourageants (Azrin et coll., 1982). Dans ces études, le PAC a semblé produire un effet considérable sur la consommation et l'adaptation sociale pendant au moins 24 mois. Certains aspects particuliers du PAC, comme la fréquentation d'un club social pour non-alcooliques, ont été évalués et ont semblé efficaces pour réduire la consommation d'alcool (Mallams et coll., 1982). Le PAC, pris dans son ensemble, semble particulièrement avantageux pour les personnes qui jouissent d'un appui social moindre et qui éprouvent des problèmes plus chroniques (Azrin et coll., 1982).

Malgré les données probantes que le PAC est efficace pour les patients à l'interne comme à l'externe, son usage n'est pas très répandu ni très connu. L'ensemble du programme peut être trop vaste et trop dispendieux pour une application régulière. Cependant, les principes fondamentaux de la gestion des facteurs externes utilisés dans le programme

devraient être plus souvent incorporés aux programmes de traitement. Les recherches effectuées à ce jour révèlent que cette méthode constitue un ajout de grande valeur au traitement de l'alcoolisme et méritent qu'on en poursuive l'application et l'évaluation. Les méthodes de gestion des facteurs externes semblent également prometteuses pour le traitement de la dépendance aux opiacés (Hall et coll., 1979).

*Traitement multiple:* La revue de la documentation sur le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie permet de relever diverses méthodes de traitement qui se rangent sous la rubrique générale de *traitement multiple* (Miller et Hester, 1986a; Heather et Tebbutt, 1989). Par traitement multiple, on entend habituellement une méthode qui consiste à évaluer les problèmes de consommation de chaque client ainsi que leurs antécédents et leurs conséquences afin de choisir et d'offrir plusieurs modes de traitement. Même si la méthode de traitement multiple n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation, certains modes d'intervention qui font habituellement partie de ces traitements ont déjà fait l'objet d'une recherche. Ces modes de traitement comprennent notamment une formation axée sur des compétences (par exemple, les aptitudes sociales et les compétences en résolution de problèmes), la gestion du stress et les techniques de relaxation.

Les personnes qui éprouvent des problèmes liés à l'alcoolisme accusent souvent une déficience sur le plan des aptitudes sociales. Des recherches ont permis de déterminer qu'une formation axée sur des compétences sociales est avantageuse pour le traitement de l'alcoolisme. Ces recherches ont permis de constater que cette formation comprend notamment un cours d'affirmation de soi et une formation de groupe comprenant des séances d'exercices pratiques et une restructuration cognitive. La plupart des recherches ont été effectuées sur les *cours d'affirmation de soi* et ont donné des résultats positifs. C'est le cas, entre autres, d'une étude effectuée par Fraedberg et Johnston (1978a) au Canada. La méthode de *restructuration cognitive* consiste à enseigner aux clients comment examiner leurs croyances fausses ou irrationnelles et à les modifier de façon appropriée. Oei et Jackson (1980) ont évalué un programme de formation aux compétences sociales destiné aux buveurs intempérants dont l'affirmation de soi étaient quasi inexistante. Les sujets étaient soumis à l'une des quatre méthodes suivantes: a) une formation qui enseigne des compétences sociales sans chercher à modifier les attitudes et les croyances; b) une restructuration cognitive, ayant recours à la persuasion rationnelle pour transmettre de l'information et modifier les croyances irrationnelles; c) une combinaison des deux stratégies précédentes; d) une thérapie d'appui classique, qui servait de groupe de contrôle et où on encourageait les patients «à procéder à une introspection». Les résultats ont révélé que la combinaison (formation et restructuration) avait produit un rendement supérieur au suivi à un an en ce qui a trait aux aptitudes sociales et à la réduction de la consommation. Les résultats des méthodes comportementales étaient meilleurs que ceux de la thérapie d'appui.

Chaney et ses collègues (1978) ont évalué un programme de formation axé sur des compétences qui combinait certains éléments communs du cours d'affirmation de soi et de la formation en techniques de résolution de problèmes pour composer avec les situations où on risque de boire excessivement. Le groupe expérimental a eu l'occasion de faire des exercices pratiques et d'obtenir une certaine rétroaction à propos des nouvelles compétences acquises. En faisant des comparaisons avec deux groupes de contrôle différents — un groupe assistant à des séances de thérapie pour discuter des sentiments liés aux situations à haut risque et un groupe recevant un traitement régulier en établissement — on a pu constater lors du suivi à un an que le degré d'aptitude du groupe expérimental avait beaucoup augmenté selon divers critères de mesure. Cette constatation est conforme aux attentes à l'égard de la théorie d'apprentissage social où les méthodes «axées sur le rendement» (par exemple, les exercices pratiques et la simulation) sont susceptibles d'être plus efficaces que les méthodes théoriques (par exemple, la psychothérapie et le counselling).

Au Canada, Sanchez-Craig et ses collègues de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de Toronto ont décrit certaines stratégies d'enseignement des méthodes d'adaptation, y compris la restructuration cognitive et la répétition inconsciente de comportements d'adaptation (Sanchez-Craig, 1975; Sanchez-Craig, 1976; Sanchez-Craig et Walker, 1974; Walker et coll., 1974). Le programme de restructuration cognitive visait entre autres la recon-

naissance des situations de risque et les compétences nécessaires pour affronter ces situations, pour élaborer des stratégies de restructuration cognitive et de modification du comportement et pour évaluer de façon objective les progrès réalisés. Ce programme s'est révélé efficace pour éliminer certains comportements liés à l'alcoolisme chez les sujets soumis à des conditions d'abstinence ou de consommation contrôlée (Sanchez-Craig et coll., 1984). Les recherches effectuées révèlent également que ce programme de restructuration cognitive et comportementale peut être plus efficace que l'une ou l'autre de ces méthodes prises individuellement (Sanchez-Craig et Walker, 1974).

Dans le cadre d'une étude de suivi non contrôlée, Brown et Thompson (1990) ont entrepris une évaluation du programme de formation axée sur les compétences sociales offert au *Lander Treatment Centre* en Alberta et conçu pour les personnes qui sont reconnues alcooliques ou toxicomanes dépendantes ou gravement dépendantes. Le programme visait à encourager les participants à ne plus boire en leur faisant prendre conscience de leur dépendance et de ses conséquences. De même, le programme visait à rehausser l'estime de soi, à améliorer les relations personnelles et les comportements sociaux et à enseigner des techniques de prévention des rechutes. Le traitement durait deux semaines et comprenait un programme de suivi d'une semaine, offert six semaines après la fin du traitement. Les résultats du suivi à trois mois ont révélé que la plupart des participants étaient devenus sobres ou n'avaient fait qu'une seule rechute. Les participants ont semblé plus sensibilisés au phénomène de la dépendance et parvenaient à reconnaître les situations à haut risque et à utiliser les techniques de prévention des rechutes.

Une autre composante courante du traitement multiple est la gestion du stress étant donné qu'on a souvent formulé l'hypothèse que le stress pouvait être un antécédent de l'alcoolisme et des rechutes. La *thérapie par la relaxation* et la *désensibilisation systématique* des buveurs intempérants ont fait l'objet d'évaluations contrôlées. Miller et Hester (1980) ont remarqué que la formation en techniques de relaxation était utilisée pour quatre raisons principales, soit d'aider les personnes à : réduire leur degré d'excitation physiologique; apaiser leur besoin d'alcool; mieux dormir; faire face à certaines sourcesd'«anxiété». Par «désensibilisation systématique», on entend le recours à la formation en techniques de relaxation pour la dernière raison énoncée.

Les évaluations de la formation en techniques de relaxation semblaient porter strictement sur les effets physiologiques de la relaxation plutôt que ses effets sur la consommation. Certaines études contrôlées qui mesuraient la consommation ont semblé révéler que le fait d'ajouter une formation en techniques de relaxation à d'autres formes de traitement ne produisait que de minces résultats. Par exemple, Blake (1967) a constaté qu'une thérapie par aversion électrique combinée à une formation en techniques de relaxation était un peu plus efficace que la simple thérapie par aversion électrique. Dans une étude effectuée au Canada par Freedberg et Johnston (1978b), on a comparé les résultats d'un groupe qui avait reçu une formation en techniques de relaxation en plus du traitement régulier en établissement aux résultats du groupe de contrôle qui n'avait reçu que le traitement. Au suivi à un an, aucune différence notable n'a été constatée sur le plan des critères de mesure de la consommation, quoique le groupe de relaxation ait donné des résultats supérieurs quant aux critères de l'emploi, de la dépression et de la relaxation. D'autres évaluations contrôlées sur la relaxation (par exemple, Sisson, 1981) n'ont révélé aucun effet sur la consommation. Le manque d'uniformité dans les résultats peut découler de la faible différence entre les clients en ce qui a trait à la gravité de leur anxiété. Dans une étude effectuée par Rosenberg (1979), les clients étaient divisés en deux groupes selon leur degré d'anxiété (élevé ou faible). Seul le premier groupe semblait avoir diminué sa consommation à la suite de la rétroaction biologique. Cela révèle donc la nécessité d'apparier les besoins des clients à la composante appropriée du traitement polyvalent.

La désensibilisation systématique est une technique par laquelle on soumet un sujet calme à certains stimuli ou à certaines scènes qui provoquent habituellement chez lui de la tension ou de l'anxiété. Le traitement est réussi lorsque le patient demeure calme malgré les stimuli ou les scènes qui, auparavant, lui causaient du stress. On pousse parfois le traitement jusqu'à amener le client à adopter les comportements cibles plutôt que de seulement les imaginer, tout en demeurant calme. Très peu d'évaluations ont été effectuées sur ces techniques

comme traitement de l'alcoolisme, et plusieurs études ont été faussées par des taux d'abandon très élevés. Toutefois, les études effectuées par Miller et Hester (1980; 1986a) révèlent qu'un optimisme prudent est permis et que l'inclusion de ce traitement aux programmes de traitement multimodal devrait être envisagée. Comme en ce qui a trait aux autres composantes du traitement multiple, la formation en techniques de relaxation et la désensibilisation systématique devraient être utilisées de façon sélective et conformément aux besoins du client plutôt que de les dispenser sans discernement.

*Formation en maîtrise du comportement :* Par formation en maîtrise du comportement (FMC), on entend souvent formation en autogestion. Même si la formation peut varier d'un établissement à l'autre, elle comprend habituellement une composante éducative conçue pour aider les personnes à contrôler leurs habitudes de consommation. Cette formation est offerte à l'externe et peut prendre diverses formes, y compris une thérapie individuelle, de groupe ou une thérapie par la lecture. Heather et Tebbutt (1989) ont décrit les caractéristiques communes des différentes versions de la FMC. Les clients apprennent d'abord à surveiller étroitement leurs habitudes de consommation. Ces habitudes sont ensuite analysées afin de découvrir les antécédents de consommation intempérante, ce qui mène ensuite à l'élaboration d'une série de règles pour contrôler la consommation future (par exemple, les périodes, les lieux et compagnons de consommation). On enseigne également au client des stratégies pour respecter ces règles.

Une série d'évaluations contrôlées effectuées par Miller et ses collègues a donné des résultats très positifs quant à l'efficacité de cette méthode chez les personnes qui commencent à éprouver des problèmes par suite de leur consommation d'alcool (Miller 1978; Miller et Taylor, 1980; Miller, Taylor et West, 1980; Miller, Gribskov et Mortell, 1980; Miller et Baca, 1983). Toutes ces études comparaient la FMC à une méthode d'intervention plus vaste axée sur le thérapeute et révélaient qu'elles étaient toutes efficaces. Un dépouillement de toute la documentation et une vaste gamme d'études effectuées par d'autres chercheurs à travers le monde ont confirmé les données constantes et très concluantes issues de la FMC.

La plupart des méthodes de formation en maîtrise du comportement comprennent une «thérapie par la lecture» ou le recours à un «guide» pour aider le patient à surveiller ses habitudes de consommation, à se fixer des objectifs, etc. Cette stratégie peut atteindre une grande partie du groupe de personnes qui éprouvent des problèmes du fait de leur alcoolisme.

Certaines des études effectuées par Miller et ses collègues portaient sur une version autodirigée par la lecture de la FMC. Elles ont révélé que cette version était aussi efficace que la thérapie dirigée par un thérapeute. Par exemple, Miller, Gribskov et Mortell (1981) ont comparé l'efficacité d'un manuel de maîtrise de soi et différents types d'interaction avec un thérapeute. Trente et un buveurs intempérants qui se sont portés volontaires ont été soumis au hasard à l'une des deux conditions d'un programme de traitement de 10 semaines. Dans la première situation, le thérapeute intervenait très peu, les clients ne bénéficiant que d'une seule entrevue d'évaluation et recevant ensuite un guide, des cartes de maîtrise de soi et 10 enveloppes adressées et affranchies que le patient devait poster à la clinique chaque semaine. Les thérapeutes ne communiquaient que très brièvement avec leurs clients pour les encourager à retourner les cartes. Dans la deuxième situation, les clients recevaient la même entrevue d'admission, le même manuel et les mêmes cartes de suivi, mais rencontraient en plus toutes les semaines un thérapeute paraprofessionnel pour des séances de 30 à 45 minutes chacune pour discuter des renseignements contenus dans le guide. On a remarqué une diminution marquée de la consommation d'alcool au cours de la première semaine comparativement à la période préalable au traitement, et les clients ont continué à réduire leur consommation tout au long du traitement, le taux s'étant stabilisé au suivi. L'alcoolémie suivait la même courbe que celle de la consommation d'alcool. On n'a remarqué aucune différence entre les deux modes de traitement en ce qui a trait aux résultats. Le taux d'amélioration était de 87 p.100, ce qui dépasse amplement les attentes pour des personnes non traitées.

Heather (1986) a évalué l'efficacité des guides fournis aux buveurs intempérants recrutés en Écosse par l'entremise des médias nationaux et locaux. Chaque répondant à l'annonce a reçu un guide ou un

feuillet d'information générale sur les problèmes liés à l'alcoolisme. Les guides traitaient des effets de l'alcool, des motifs de consommation, des techniques de maîtrise de soi, de l'autorenforcement, des conseils sur les façons de diminuer les quantités d'alcool consommées et des informations sur la prévention des rechutes. On y avait joint également une liste d'organismes pour les personnes qui pourraient avoir besoin d'une aide plus personnalisée. Le feuillet, au contraire, ne contenait aucune instruction précise sur les façons de diminuer la consommation, mais comprenait une liste d'adresses que les sujets pouvaient consulter en cas de besoin. Le taux d'attrition des deux groupes (expérimental et de contrôle) était très élevé, et à la fin de la période de suivi à un an, ce pourcentage était plus élevé pour le groupe de contrôle. Au suivi à six mois, le groupe qui avait reçu le guide montrait une réduction plus marquée que le groupe de contrôle sur le plan de la consommation. Le groupe d'entraide semblait également s'être énormément amélioré sur le plan de la santé et du contrôle des problèmes associés à l'alcoolisme. Au suivi à un an, à l'exception des sujets qui avaient reçu une autre forme d'aide depuis la dernière rencontre, les diminutions de la consommation étaient toujours importantes, et le groupe qui avait reçu le guide s'était amélioré considérablement sur le plan des relations sociales et des liens conjugaux. Les progrès réalisés au suivi à six mois s'étaient maintenus. Aux suivis à six mois et à un an, les alcooliques graves avaient réduit leur consommation au moins autant que les alcooliques ayant des problèmes de consommation moindres.

Plusieurs études portent sur les composantes fondamentales de la FMC dans des programmes de traitement plus complexes. Par exemple, Ewing et Rouse (1976) ont intégré des éléments de la FMC à la thérapie par aversion électrique et à la thérapie conjugale. Sobell et Sobell (1973a) ont intégré des éléments de la FMC à un programme de thérapie axé sur le comportement qui comportait entre autres un conditionnement par aversion. La structure de ces programmes et leurs modes d'évaluation n'ont pas permis de déterminer l'apport de la FMC.

Les études portant sur l'efficacité de la FMC ont révélé qu'elle était pertinente comparativement à d'autres méthodes de traitement plus générales lorsque dispensée à des alcooliques moins intempérants qui voulaient consommer de l'alcool de façon modérée. D'un autre côté, lorsque ce traitement était dispensé à des buveurs intempérants, les résultats étaient généralement négatifs. Miller et Baca (1983) ont constaté que la capacité de réduire la consommation d'alcool était inversement proportionnelle à la gravité du problème. La documentation démontre bien qu'une consommation modérée n'est pas un objectif réaliste à long terme pour les personnes qui éprouvent de graves problèmes de dépendance envers l'alcool (voir, par exemple, Foy et coll., 1984). Cependant, les études qui ont été effectuées à ce sujet ne concordent pas étant donné que certaines recherches montrent que la FMC est très utile, même pour les cas d'alcoolisme grave (par exemple, Heather, 1986).

Au Canada, Sanchez-Craig et ses collègues (1984) ont jumelé la FMC à une formation cognitive et ont constaté que la formule était efficace chez les sujets qui avaient des objectifs d'abstinence ou de consommation modérée. Dans le cadre d'une autre étude, on répartissait les buveurs intempérants de façon aléatoire entre les trois modes de traitement suivants: trois séances de counselling plus un feuillet; trois séances d'orientation avec un guide; et six séances ou plus d'orientation avec un thérapeute portant sur le guide (Sanchez-Craig et coll., 1989). Le nombre de journées de consommation immodérée a été considérablement réduit pour les trois groupes. Cependant, au suivi à un an, plus de femmes que d'hommes étaient parvenues à tempérer leur consommation et ce, dans toutes les conditions.

Alden (1978) a mis au point, à Vancouver, un programme de maîtrise de soi pour les buveurs intempérants à partir du programme de FMC de Miller. Les sujets étaient soumis à l'un de deux types de traitement. Dans le premier cas, on leur enseignait comment contrôler leurs habitudes de consommation, à agir sur les facteurs externes et à calculer leur alcoolémie. On leur demandait ensuite de choisir une alcoolémie absolue, et on leur enseignait à ne pas dépasser la limite qu'ils avaient choisie. Dans le cadre d'un programme élargi, on offrait également la possibilité d'acquérir des techniques supplémentaires comme une formation en techniques de relaxation et d'affirmation de soi afin de les aider à gérer le stress lié à leur consommation d'alcool. Tous les sujets ont reçu deux séances d'introduction et 10 séances de traitement à raison d'une séance par semaine. À la fin du traitement, les sujets des deux groupes étaient parvenus à diminuer considérablement la fréquence

de consommation et la quantité d'alcool consommée. Cependant, les groupes différaient en ce qui a trait à leur degré de «consommation dangereuse», c'est-à-dire, le fait de consommer plus de 12,5 onces d'alcool absolu par semaine ou le fait de dépasser plus d'une fois par semaine l'alcoolémie qu'ils avaient choisie. Les personnes faisant partie du programme amélioré affichaient un taux de consommation non dangereuse de 88 p.100, comparativement à 57 p.100 pour les personnes soumises aux conditions de base, ce qui représente une différence importante.

Alden (1988) a évalué une clinique de traitement pour les buveurs au stade initial. Cette étude portait sur le recrutement et l'efficacité respective des différentes stratégies de traitement. Les buveurs intempérants étaient recrutés dans le grand public et assignés au hasard à une liste d'attente ou à l'un des deux programmes de traitement d'une durée de 12 semaines — maîtrise du comportement ou counselling axé sur la modification du comportement. Les participants ont été suivis pendant deux ans. Les évaluations révèlent que le programme était parvenu à atteindre un groupe de buveurs intempérants, mais non dépendants qui avaient signalé des problèmes connexes. Les personnes qui avaient terminé l'un des deux programmes de 12 semaines semblaient s'être énormément améliorées quant à la plupart des critères de mesure du rendement, y compris ceux de la consommation, comparativement aux gens qui n'avaient pas reçu de traitement. L'équivalence de certains aspects des deux stratégies de traitement peut expliquer le fait qu'elles semblent équivalentes. Par exemple, dans les deux types de traitement, les clients surveillaient leur propre consommation au début et à la fin du traitement, discutaient de leurs habitudes de consommation et d'autres problèmes connexes avec un conseiller empathique et établissaient un objectif de traitement quelconque. Cependant, un autocontrôle continu, un calcul de l'alcoolémie et d'autres stratégies de maîtrise du comportement n'ont pas semblé contribuer à l'efficacité globale du traitement plus que le counselling d'appui et l'établissement d'objectifs individuels.

Au moins deux évaluations supplémentaires sur l'efficacité des guides pour les alcooliques non dépendants sont présentement en cours au Canada (Evans, 1989; Ogborne, 1989).

Les résultats recueillis à ce jour révèlent que la FMC est plus rentable que des méthodes de traitement plus élaborées et plus coûteuses pour les personnes qui éprouvent des problèmes d'alcoolisme moins graves. On doit cependant poursuivre les recherches afin de déterminer quels sont les éléments indispensables et suffisants pour modifier les comportements de consommation. Toutefois, on ne doute pas que la FMC soit en mesure d'enseigner des stratégies de modération et constitue par conséquent une importante composante des programmes d'intervention précoce (voir également le chapitre 3).

*Entrevue de motivation :* Cette méthode de traitement axée sur le comportement est relativement nouvelle et repose sur l'un des modèles de changement les plus simples mais toutefois les plus efficaces dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Dans sa forme initiale, le modèle de changement élaboré par Prochaska et di Clemente (1986) comprend quatre stades de changement, que les personnes doivent traverser pour éliminer leur dépendance -- auto-examen préliminaire, introspection, plan d'action et maintien. Heather et Tebbutt (1989) ont fait remarquer que la plupart des interventions se préoccupent davantage du «plan d'action», car on enseigne alors au patient diverses stratégies et techniques pour l'aider à modifier son comportement. La technique d'entrevue motivationnelle est une expression utilisée par Miller (1983) pour décrire une méthode qui insiste sur la motivation du client à dépasser les étapes d'introspection préalable et d'introspection. Cette méthode reconnaît que la motivation du client à poursuivre un traitement découle plus des liens établis entre le client et le dispensateur de traitement que de la seule personnalité du client. Cette méthode insiste sur la responsabilité qu'a la personne de changer son comportement en lui en montrant les conséquences néfastes (dissonance cognitive). On a recours à une écoute empathique et à une rétroaction des évaluations des objectifs en vue de modifier cette dissonance cognitive.

Allsop et ses collègues (1983, cité dans Heather et Tebbutt, 1989) ont récemment combiné l'entrevue de motivation à une évaluation des situations où il y a un risque élevé de rechute et à une formation en techniques de résolution de problèmes. Au suivi à six mois, les personnes qui avaient participé à ce programme combiné avaient de meilleurs résultats

que les groupes de contrôle qui n'avaient reçu aucun traitement ou qui ont seulement participé à des discussions de groupe. Même si cette méthode est prometteuse, les études contrôlées n'ont fourni aucune donnée permettant de confirmer à l'heure actuelle l'efficacité de cette technique, particulièrement lorsqu'on la compare à des méthodes de confrontation plus classiques qui portent sur la motivation du client.

En résumé, cette section cherchait à faire le tour des travaux de recherche effectués sur l'efficacité d'une vaste gamme de thérapies axées sur le comportement pour le traitement de problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Même si la méthode axée sur le comportement regroupe diverses stratégies de traitement, des études d'évaluation en ont fait état plus que toute autre méthode générale (Heather et Tebbutt, 1989). Les résultats d'études sur le conditionnement par aversion, la formation en maîtrise de soi, les méthodes cognitives axées sur le comportement, la gestion des facteurs externes et certains éléments du traitement multimodal ont été particulièrement encourageants pour certains groupes cibles. D'autres méthodes comme l'exposition aux stimuli semblent prometteuses compte tenu de leurs fondements théoriques solides.

La contribution du Canada à cette documentation est importante comme le prouvent les travaux de Sanchez-Craig, d'Annis et de leurs collègues de Toronto ainsi que d'autres évaluations (Alden, 1978; Freedberg et Johnston, 1978a, 1978b). Les travaux des chercheurs Sobell, qui travaillent maintenant à la FRT à Toronto ont contribué énormément à ce domaine d'étude par l'entremise d'évaluations individuelles (par exemple, Sobell et Sobell, 1973b, 1976) et de contributions conceptuelles ou théoriques (par exemple, Sobell et Sobell, 1978, 1987).

### *Groupes d'entraide*

Les programmes d'organismes comme Alcooliques Anonymes (AA), Narcotiques Anonymes (NA) et Cocaïnes Anonymes (CA) offrent un appui communautaire aux personnes qui éprouvent des problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Un tel appui est également offert aux familles de ces personnes (par exemple, Al-Anon et Alateen). L'organisme Alcooliques Anonymes est le groupe d'entraide le mieux établi et le plus connu : il a des sections dans plus de 90 pays et compte plus d'un demi-million de membres actifs. Cet organisme fait partie intégrante de nombreux programmes de traitement de l'alcoolisme. Toutes les sections utilisent le même matériel de base, tiennent le même genre de réunions et sont gérées par des alcooliques en voie de guérison. L'organisme AA bénéficie de la confiance des professionnels des services de la santé, des services sociaux et des établissements correctionnels. Ces professionnels croient que de nombreux AA ont atteint la sobriété, soit par le programme de l'organisme seulement ou grâce à une combinaison traitement et AA (Miller et Hester, 1980). Toutefois, les nombreux rapports anecdotiques et les évaluations contrôlées ne s'entendent pas quant à l'efficacité des AA. Certains croient que les caractéristiques particulières du programme des AA ne peuvent faire l'objet d'une évaluation scientifique (Bebbington, 1976). D'autres chercheurs reconnaissent ces difficultés, mais sont plus optimistes en ce qui a trait à la possibilité d'effectuer de bonnes études d'évaluation (Bradley, 1988).

Le programme des AA a malgré tout fait l'objet de trois études contrôlées. Brandsma et ses collègues (1980) ont recruté des sujets à partir du système judiciaire et les ont assignés de façon aléatoire soit aux AA, soit à une thérapie par introspection, soit à une thérapie axée sur un comportement rationnel dispensée par un professionnel, soit à un groupe d'entraide axé sur un comportement rationnel, soit encore à un groupe de contrôle qui prenait ses propres dispositions pour recevoir un traitement. Sur les 197 sujets qui ont commencé le traitement, 104 ont assisté à au moins 10 séances et ont fourni des données sur certains critères de mesure des résultats. Tous les sujets avaient un grave problème d'alcool et tous les types de traitement étaient offerts à l'externe. Tous les groupes de traitement se sont améliorés davantage que le groupe de contrôle, l'écart se réduisant toutefois avec le temps. Si on les compare aux quatre groupes, les AA montraient le taux d'abandon le plus élevé (68 p.100 contre 57 p.100 pour les autres groupes); deuxièmement, les AA ne semblaient pas s'être beaucoup améliorés par rapport aux autres groupes, avec très peu ou pas de différences importantes par rapport au groupe de contrôle. Les AA étaient plus susceptibles d'avoir échoué au suivi à trois mois que les sujets soumis aux autres traitements. Le principal facteur limitant l'interprétation de ces résultats peu flatteurs est que les sujets avaient été choisis par l'entremise du système judiciaire et que le programme des AA

n'était peut-être pas adapté à ce genre d'alcooliques. Cette même réserve s'applique à une étude effectuée par Ditman et ses collègues (1967) où on assignait les «dépendants à l'alcool» soit à un groupe de AA, soit à un traitement en clinique, soit encore à aucun traitement (mise en liberté surveillée seulement). D'après les dossiers, le groupe des AA et le groupe de personnes traitées en clinique ont produit les résultats les plus faibles. Une troisième étude contrôlée (voir Miller et Hester, 1980) n'a révélé aucune différence entre les AA et les patients alcooliques soumis à un programme de traitement continu par la méthadone.

Même si ces études n'offrent aucune mesure scientifique de l'efficacité des AA, ils font toutefois ressortir le besoin d'étudier de plus près les types de personnes pour lesquelles le programme des AA semble le mieux adapté. Dans l'étude effectuée par Miller et Hester (1986a), il ressort que les AA peuvent être plus efficaces pour les personnes qui acceptent de se soumettre à l'autorité, qui ont des besoins de dépendance et d'appartenance plus forts, qui éprouvent des problèmes par suite de leur consommation d'alcool plus graves ou encore, qui ont moins de scolarité ou une incidence de psychopathologie moins élevée. Il se peut également que les AA soient plus efficaces si on y a recours comme méthode de soin continu suite à un traitement professionnel (Bradley, 1988). Contrairement aux méthodes de traitement plus officielles, les AA ont l'avantage d'être déjà accessibles dans la plupart des collectivités. En outre, l'importance de l'appui social dans la méthode des AA est généralement reconnue pour tout type de traitement (par exemple, Vaillant, 1983). Enfin, on reconnaît l'efficacité de l'approche en 12 étapes des AA. Cette méthode s'apparente aux programmes de traitement reposant sur ces mêmes principes, comme le modèle du Minnesota (Cook, 1988; Keso et Salaspuro, 1990). Vu leur grande facilité d'accès et leur gratuité, on devrait promouvoir le recours à des organismes comme les AA et à d'autres groupes d'entraide. D'un autre côté, cependant, ces méthodes ne conviennent pas à *tous* les alcooliques et toxicomanes. On devrait poursuivre les études d'évaluation en vue de déterminer pour quels types de patients ce programme est efficace.

Au Canada, aucune étude d'évaluation n'a été publiée sur les AA, ni sur aucun autre groupe d'entraide. Cependant, certains chercheurs comme Ogborne et Glaser (1981) et Ogborne (1982) ont apporté une contribution en effectuant une vaste revue de la documentation sur les caractéristiques des organismes affiliés aux AA et d'une étude sur les méthodes d'évaluation et les questions appropriées.

## Contexte et durée du traitement

Les recherches qui ont été citées précédemment portent sur l'efficacité des différents types d'interventions et modes de traitement. Une autre série d'évaluations a permis de comparer l'efficacité des méthodes de traitement dans différents contextes (les soins en établissement contre les soins ambulatoires) et pour des durées différentes.

On suppose souvent que les programmes de traitement les plus efficaces sont les plus intensifs et les plus longs. Pourtant, plusieurs études ont comparé l'efficacité du traitement en établissement à des méthodes externes moins intensives et moins coûteuses. Après avoir passé en revue 12 évaluations contrôlées, Miller et Hester (1986a) ont constaté qu'aucune de ces études ne confirmait la supériorité du traitement en établissement par rapport aux soins ambulatoires. Ils ont souligné que ces études étaient de grande qualité, utilisaient une assignation aléatoire ou un appariement précis et comprenaient généralement un suivi prolongé et un échantillon de buveurs intempérants qui, autrement, auraient été admis en établissement. Non seulement les personnes recevant un traitement à l'externe ont réussi aussi bien que les personnes en établissement — elles réussissaient parfois beaucoup mieux.

Les premières études classiques ont été effectuées par Edwards et Guthrie (1966, 1967) qui assignaient au hasard des alcooliques à un traitement en établissement (neuf semaines) ou à un traitement externe (huit séances). Les auteurs n'ont relevé aucune différence importante entre les résultats aux suivis à six et à douze mois. Edwards et ses collègues (1977) et Orford et ses collègues (1976) ont assigné au hasard des alcooliques à une séance de counselling et d'orientation ou à un programme de traitement intensif en établissement ou à l'externe, y compris les AA. À aucun moment au cours des deux années de suivi les données n'ont donné à croire que le traitement intensif était supérieur à une seule séance de counselling.

Chick et ses collègues (1988) ont également établi une comparaison entre un traitement court et un traitement prolongé. Dans le premier cas, ils ont comparé une séance d'information très brève à une séance plus complète. La séance brève visait à informer le patient, en présence d'un proche et en moins de cinq minutes, qu'il avait un problème d'alcoolisme et que le seul traitement possible était de cesser toute consommation. Les patients qui recevaient une information plus complète passaient de 30 à 60 minutes avec un psychiatre qui les invitait, en présence d'un proche, à réfléchir sur la raison pour laquelle un changement radical sur le plan de la consommation était nécessaire et sur la façon d'y parvenir. Le traitement prolongé comprenait le même counselling, mais le patient avait également accès à un programme de désintoxication et à d'autres séances ou encore, il pouvait participer à un programme de traitement thérapeutique axé sur le groupe et le milieu d'une durée de deux à quatre semaines et offert en établissement ou à l'externe. Même si un traitement prolongé a aidé à maintenir une diminution des problèmes liés à l'alcoolisme, il n'a toutefois pas concouru à accroître les chances d'atteindre une abstinence stable, ou d'adopter une consommation modérée stable, plus que les modes d'intervention de courte durée. Le counselling prolongé ne s'est pas révélé plus efficace qu'une simple séance d'information.

Longabaugh et ses collègues (1983) ont comparé l'efficacité d'une hospitalisation partielle (c'est-à-dire, un traitement de jour) à un traitement en établissement. Les deux groupes ont participé au même programme, sauf que les sujets hospitalisés partiellement retournaient chez eux le soir et la fin de semaine, tandis que les patients en établissement retournaient à leur unité de soins. À la fin du traitement, les deux groupes avaient accru leur nombre de jours d'abstinence et, au suivi à six mois, aucune différence notable n'a été relevée entre les deux groupes en ce qui a trait aux critères de mesure du comportement de consommation. Les données montrent que l'hospitalisation partielle est plus efficace, confirmant ainsi que cette méthode était au moins aussi efficace que le traitement en établissement et que, en outre, ce traitement pouvait être offert à un coût moindre. Ces résultats positifs étaient toujours valables au suivi à deux ans (Fink et coll., 1985).

En général, ces études et d'autres incluses dans la documentation internationale n'ont révélé aucune différence importante entre les résultats des alcooliques qui recevaient un traitement en établissement par rapport à ceux qui suivaient un traitement à l'externe, un traitement de jour en clinique ou une hospitalisation partielle. Les études effectuées au Canada ont confirmé ce résultat général. Annis et Liban (1979) ont comparé un groupe participant à un programme de désintoxication et suivant un traitement dans une maison de transition par rapport à un autre groupe qui ne suivait que le programme de désintoxication. Au suivi à trois mois, aucune différence n'a été signalée en ce qui a trait aux périodes d'ivresse totale. Smart et ses collègues (1977) ont assigné au hasard des alcooliques graves à l'un des trois traitements suivants : soins à l'externe, en maison de transition ou en établissement. Les résultats favorisaient le groupe suivant un traitement à l'externe ou les clients qui avaient refusé les trois options. McLachlan et Stein (1982) de l'institut Donwood, de Toronto, ont assigné des patients au hasard à un programme de quatre semaines offert à l'externe ou en clinique sous forme de traitement de jour. Au cours de l'année de suivi, aucune différence n'a été signalée en ce qui a trait à la consommation d'alcool ou d'autres drogues et à divers autres critères de mesure du rendement. Pour l'un des critères (journées d'hospitalisation comparativement à l'année préalable au traitement), les sujets recevant un traitement de jour s'étaient considérablement améliorés par rapport au groupe en établissement. Une étude de suivi non contrôlée sur les clients suivant un programme de jour à Chatham (Ontario) a donné des résultats positifs comparables à ceux de programmes en établissement plus coûteux (Malla, 1987). Des résultats semblables ont été obtenus dans le cadre d'études de suivi sur des clients qui participaient aux programmes AADAC de jour en Alberta (Dyer, 1984; Dyer, 1986) et à un programme à l'externe au Québec (Grenier, 1983).

Une seule étude contrôlée a permis de comparer le traitement en établissement à court terme et le traitement à l'externe pour les personnes éprouvant des problèmes liés à la toxicomanie (Wilkinson et Martin, 1983; cité dans Martin, 1990). L'étude portait sur des jeunes usagers de différentes drogues et comparait les deux modes de traitement en établissement avec le même programme offert à l'externe. En général, aucune différence n'a été observée entre

les résultats du traitement en établissement et ceux du traitement à l'externe aux suivis à un an et à deux ans. Même si l'un des modes de traitement en établissement semblait être plus efficace que les deux autres options, cela résultait plus des procédures particulières utilisées que d'un avantage absolu du traitement en établissement. Il est intéressant de souligner que plus des deux tiers des sujets admissibles ont refusé de participer à l'étude, la plupart prétendant ne pas vouloir suivre de traitement en établissement.

D'autres études ont cherché à déterminer si l'efficacité d'un traitement est fonction de la durée de l'intervention. L'allégation selon laquelle un traitement prolongé est plus efficace repose sur certaines études qui établissent une corrélation entre la durée du traitement et les résultats (Armor, Polich et Stambul, 1978). Cependant, les résultats de telles études non contrôlées ne sont pas concluants étant donné que des variables incontrôlables comme la gravité du problème et la motivation du patient peuvent expliquer la durée d'un traitement et les résultats positifs. D'autres évaluations non contrôlées établissent également des corrélations minimes ou négatives entre la durée d'un traitement et les résultats (par exemple, Brook et Whitehead, 1980).

Quatre études contrôlées comparant les résultats de traitements courts et prolongés en établissement ont révélé que les séjours plus courts étaient au moins aussi efficaces que les séjours prolongés (Miller et Hester, 1986a). Par exemple, Mosher et ses collègues (1975) ont assigné au hasard des alcooliques à un programme en établissement à court terme (neuf jours) ou prolongé (30 jours), combiné à un programme de désintoxication et à un suivi à l'externe. Les données recueillies aux suivis à trois et à six mois, quant à la consommation d'alcool ou d'autres drogues, à la situation de travail et à l'anxiété n'ont révélé aucune différence importante entre les résultats des deux groupes. Dans le cadre d'une étude non contrôlée effectuée par Jones et Sawka (1984) au *Henwood Treatment Centre* en Alberta, on a constaté que les progrès du client n'étaient liés en rien à la durée du traitement en établissement. Même si certaines études montrent des différences entre les résultats des séjours à court et à long termes, elles tendent plutôt à favoriser la première option (Miller et Hester, 1986a).

Les résultats obtenus sur l'efficacité des différentes durées et intensités de traitement à l'externe étaient moins constants. Certaines études qui avaient recours à des méthodes d'appariement non aléatoires ont révélé qu'un traitement prolongé pouvait offrir un certain avantage (par exemple, Robson et coll., 1965; Smart et Gray, 1978). D'autres études non contrôlées comme celle de Nutter (1982) en Alberta n'ont révélé aucune différence entre les clients recevant un counselling à long terme (trois visites ou plus) et ceux recevant un counselling à court terme (une ou deux visites). Les études qui recourent à un mode d'évaluation par assignation aléatoire n'ont pas avantagé un traitement externe prolongé ou plus intensif (par exemple, Edwards et coll., 1977; Powell et coll., 1985; Zweben et coll., 1988).

Ainsi, les données révèlent qu'un traitement *prolongé* n'est pas nécessairement un *meilleur* traitement. Il semblerait même qu'un traitement externe plus court et moins intensif soit au moins aussi efficace qu'un traitement prolongé en établissement. L'argument en faveur du traitement de jour, du traitement externe et d'autres options offertes à l'externe repose principalement sur un point de vue économique étant donné que des résultats semblables, voire meilleurs, semblent avoir été obtenus à un coût moins élevé qu'avec les soins en établissement. Cependant, certains groupes de patients peuvent nécessiter des soins en établissement plus intensifs, particulièrement les personnes qui éprouvent des problèmes plus graves (voir la section ci-après sur l'appariement des clients au traitement).

Ces conclusions générales sur le contexte et la durée du traitement sont appuyées par les études canadiennes précitées. Les contributions de McLachlan et de Stein (1982), de Brook et de Whitehead (1980), de Smart et de ses collègues (par exemple, Smart et coll., 1977) et de Zweben et de ses collègues (1988) ont été particulièrement importantes du fait des méthodes employées. Les nombreuses études de suivi entreprises par l'AADAC en Alberta sont représentatives des études d'évaluation effectuées au Canada (par exemple, Jones et Sawka, 1984; Nutter, 1982; Atwood, 1986). Annis (1986a) a également effectué un certain nombre d'études importantes sur la présente documentation ou sur le contexte et la durée du traitement.

Dans la présente discussion sur l'efficacité du traitement offert dans différents contextes et pour des durées différentes, deux autres questions ont été soulevées qui méritent d'être brièvement abordées. La première porte sur l'efficacité des différentes méthodes de désintoxication, étant donné qu'on doit souvent justifier la rentabilité d'un tel service dans divers types d'établissement. La deuxième question porte sur le rôle et l'efficacité des programmes prolongés offerts en établissement, comme les maisons de transition et les communautés thérapeutiques

*Programmes de désintoxication :* Lorsqu'une personne physiquement dépendante de l'alcool ou d'autres drogues cesse toute consommation de la substance, elle souffre d'un syndrome de sevrage, dont les manifestations sont l'antithèse des symptômes d'intoxication. Par désintoxication, on entend le processus par lequel des personnes dépendantes de l'alcool ou d'autres drogues se remettent d'une intoxication avec l'aide de professionnels de façon à ce que les symptômes associés au sevrage soient réduits le plus possible (Heather et Tebbutt, 1989). Plus la dépendance physique est grave, plus le syndrome de sevrage risque d'être intense et plus le sujet aura besoin d'aide.

La désintoxication peut être supervisée en établissement (par exemple, établissement de désintoxication spécialisé, salle commune) ou non (par exemple, à domicile, service de consultation externe). La désintoxication peut être entreprise sans le recours à un médicament (c'est-à-dire une approche sociale ou «sans médication») ou avec l'aide de médicaments (c'est-à-dire une approche «avec médication»). Dans le dernier cas, les médicaments utilisés pour aider la personne pendant la période de sevrage produisent des effets semblables à ceux de la substance envers laquelle la personne a acquis une dépendance. Parmi les médicaments utilisés, on compte le diazépam et le chlorméthiazole pour le sevrage de l'alcool et la chloridine ou la méthadone pour le sevrage des opiacées. Heather et Tebbutt (1989) et DenHartog (1982) ont produit les études les plus récentes et les plus complètes sur l'efficacité et la rentabilité de ces diverses méthodes avec ou sans médication.

Dans de nombreux pays, et particulièrement aux États-Unis, la méthode habituelle de désintoxication est l'approche avec médication, entreprise dans des unités de désintoxication spécialisées et dotées principalement d'un effectif médical. Le modèle social sans médication s'inscrivait dans un mouvement pour décriminaliser l'ivresse publique qui résultait alors en une incarcération, en faveur d'une approche de réadaptation plus humaine pour les problèmes d'alcoolisme (O'Briant 1974-1975; O'Briant et coll. 1976-1977). Cette approche, qui repose principalement sur les recherches effectuées au Canada dans les années 70 sur l'efficacité du modèle de désintoxication social (Annis, 1979), a acquis de la notoriété dans le monde entier. Les recherches effectuées sur ce modèle ont toutes révélé que les symptômes de sevrage pouvaient être soulagés en fournissant un milieu sain et non stimulant de même que l'appui d'un personnel qualifié, habituellement des professionnels qui ne sont pas du milieu médical ou qui sont des non-spécialistes (DenHartog, 1982). Ces travaux de recherche ont également démontré qu'une très petite proportion (de 1 à 5 p.100) de personnes qui fréquentent ce genre d'établissement non médical doivent faire l'objet d'un suivi médical dans un établissement hospitalier. En outre, le modèle social s'est révélé plus efficace à apparier les clients et les ressources de traitement une fois que la désintoxication est terminée (par exemple, McGovern, 1983). Ainsi, ces établissements de désintoxication spécialisés non médicaux semblent être aussi efficaces et certainement plus rentables (Sparadeo et coll., 1982) que les établissements qui privilégient l'approche avec médication. Les recherches démontrent cependant qu'une approche avec médication peut s'avérer nécessaire pour les cas de sevrage intense, et la plupart des pays ont adopté, à l'heure actuelle, une combinaison d'unités de désintoxication avec et sans médication en établissement (DenHartog, 1982).

Les modèles de désintoxication à l'externe ou à domicile soulèvent de plus en plus d'intérêt depuis quelques années, en raison de la tendance générale vers des méthodes de traitement à l'externe. En outre, la désintoxication à l'externe ou à domicile est un modèle de prestation de services plus approprié pour les petites régions urbaines, rurales et éloignées qui n'ont pas une population suffisamment importante et, par le fait même, une demande de service suffisante pour justifier une unité de désintoxication en établissement.

Les programmes de désintoxication à l'externe exigent la supervision d'une personne pendant toute la phase de sevrage tandis que le patient reste chez lui, mais reçoit des visites quotidiennes ou régulières de représentants du service communautaire ou d'un professionnel s'il a besoin de médicaments et (ou) d'une autre forme d'aide. Tennant (1979) et Stinnett (1982) ont établi une description d'un protocole de désintoxication externe. Feldman et ses collègues (1975) ont décrit l'une des premières évaluations de l'approche externe avec médication et ont conclu qu'il s'agissait d'une option rentable, sûre et thérapeutique pour la plupart des personnes qui doivent entreprendre une désintoxication. Ces données ont été confirmées dans plusieurs évaluations ultérieures (par exemple, Stinnett, 1982; Webb et Unwin, 1988; Hayashida et coll., 1989).

La désintoxication à domicile se compare au modèle externe parce que la personne continue de demeurer à sa résidence habituelle, mais reçoit la visite quotidienne ou régulière d'un professionnel. La désintoxication à domicile peut être offerte avec médication sous la supervision d'un professionnel de la santé (par exemple, Stockwell et coll., 1990) ou sans médication sous la supervision d'un professionnel qui n'est pas du milieu médical, ou un non-spécialiste. Pour les deux types d'approche (avec et sans médication), les membres de la famille, et les proches fournissent habituellement un appui pendant tout le processus. Le modèle de désintoxication à domicile a peu d'antécédents et, par conséquent, n'a pas fait l'objet d'un grand nombre d'évaluations. Un programme offert à Exeter (Angleterre) est le plus connu dans toute la documentation internationale et a fait l'objet d'une évaluation approfondie par Stockwell et ses collègues (Stockwell et coll., 1986; Stockwell et coll., 1990; Stockwell, 1989). Les résultats issus de ces études ont révélé que le modèle de désintoxication à domicile était aussi sécuritaire et efficace que des soins en établissement, même pour les alcooliques gravement dépendants. Les clients et les familles ont semblé trouver cette approche très acceptable (la plupart préférait cette option par rapport aux soins en établissement) et ont participé plus que prévu à des programmes de traitement ultérieurs, ce qui a donné des résultats positifs. Une étude récente non publiée qui a été effectuée en Australie faisait une comparaison entre les clients qui participaient à un programme de désintoxication à domicile et un groupe témoin qui recevait des soins en établissement. Cette étude n'a constaté aucune différence notable du point de vue des résultats au suivi à 12 mois (Bartu (1989) cité par Stockwell et ses collègues, 1990).

On doit cependant établir des critères précis qui justifieraient dans quelle mesure la désintoxication en établissement, à l'externe ou à domicile sont appropriées, même si on soutient généralement que les deux dernières approches semblent mieux adaptées aux personnes susceptibles de n'éprouver que des symptômes de sevrage légers ou modérés (Heather et Tebbutt, 1989). Cependant, Stockwell et ses collègues (1990) ont mentionné le succès du programme de désintoxication à domicile d'Exeter, même pour les cas de dépendance grave.

Sausser et ses collègues (1982) soulignent que le critère peut-être le plus important pour la désintoxication à l'interne (ou à domicile) est l'appui offert aux clients, non seulement par la famille, mais également par les AA, par d'autres groupes d'entraide ou par des services de traitement. Ils font remarquer que les critères de sélection pour la désintoxication en établissement ne comprennent pas l'environnement et les conditions médicales appropriés pour les cas de crises d'épilepsie, d'hallucinations, d'hypertension grave et de tachycardie. Plusieurs critères ont été élaborés pour mesurer la gravité des symptômes de sevrage (Gross et coll., 1973; Shaw et coll., 1981; Stinnett, 1982; Saunders, 1987; 1988). On doit poursuivre les recherches pour évaluer de quelle façon ces critères peuvent permettre l'appariement des patients à divers programmes de désintoxication et d'évaluer leur efficacité.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'apport du Canada à la documentation internationale sur l'efficacité des méthodes de désintoxication a été important grâce aux travaux de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie effectués en Ontario au début des années 1970. Ces travaux ont montré de façon très concluante la valeur du modèle de désintoxication sociale sans médication selon un point de vue thérapeutique et économique (Annis et coll., 1976; Annis, 1979). Lorsqu'on a fait la promotion de ce type d'approche aux États-Unis (O'Briant, 1974-1975), des changements importants ont été apportés au mode de prestation des programmes de désintoxication dans ce pays. Des changements semblables se sont produits dans d'autres pays industrialisés.

Un autre programme de recherche effectué à la FRT et à l'université de Toronto portait sur le rôle des agents pharmacologiques dans le sevrage et venait compléter les travaux effectués sur l'approche sans médication. Par exemple, cette recherche démontrait que la plupart des patients admis au service d'urgence pouvaient être sevrés de façon sécuritaire sans avoir recours à des médicaments ou à des soins infirmiers de soutien (Naranjo et coll., 1983). Ce programme de recherche a également donné lieu à l'élaboration de l'un des critères précités pour mesurer la gravité des symptômes de sevrage (Shaw et coll., 1981).

Étant donné que la documentation internationale commence à peine à étudier plus à fond les modèles de désintoxication à l'externe et à domicile, il est évident qu'il faut étudier ces modèles offerts dans les établissements du Canada.

*Programmes de traitement à long terme en établissement :* Outre les centres de désintoxication et les unités de traitement classique à court terme en établissement, d'autres programmes contre l'alcoolisme et la toxicomanie à long terme sont également offerts en établissement. On fait alors référence à des «centres de réadaptation pour toxicomanes», à des «maisons de transition» ou à des «maisons de transition pour les alcooliques et les toxicomanes» étant donné qu'ils ont été mis sur pied pour offrir un appui et une adaptation sociale aux personnes qui effectuent une transition entre un traitement en établissement plus intensif et une vie autonome en collectivité. Certains centres de réadaptation ont également été mis sur pied pour travailler en étroite collaboration avec les centres de désintoxication et les contrevenants alcooliques chroniques qui fréquentent de tels établissements. Les séjours en centre de réadaptation et en établissement de traitement à long terme sont habituellement d'une durée de trois mois ou plus.

Très peu de travaux de recherche ont porté sur l'efficacité de ces établissements de traitement à long terme. Dans la revue de la documentation effectuée par Miller et Hester (1980), les résultats n'étaient pas particulièrement encourageants. Cependant, comme Martin (1990) l'a fait remarquer, ces programmes sont offerts à des personnes qui sont moins susceptibles d'atteindre des résultats très positifs, et une évaluation des programmes doit avoir pour critère des résultats positifs sortant peut-être de la norme. Ce fait a été négligé si on en juge d'après les résultats d'une étude effectuée en Ontario qui donnait des résultats très faibles, mais qui pouvaient avoir sous-estimé les critères d'amélioration au moment de la sélection des critères de mesure des résultats (Ogborne, 1978).

Un autre type de programme à long terme en établissement est la communauté thérapeutique (CT). Ces programmes représentent une importante méthode de traitement pour les personnes qui ont une dépendance envers une drogue autre que l'alcool (même si l'alcool est en cause dans presque tous les cas). La CT a été bâtie sur les principes d'entraide, de travaux, de recours aux pairs en tant que modèles et au personnel en tant qu'autorité (Heather et Tebbutt, 1989). L'ensemble de l'approche consiste à restructurer le mode de vie d'un particulier et les attitudes qu'il entretient envers la consommation de drogues par l'entremise d'une réadaptation sociale. On utilise très souvent les techniques de confrontation.

La CT n'a fait l'objet d'aucune évaluation contrôlée et les conclusions des travaux de recherche sont étroitement limitées par les critères de sélection des participants, de même que par le taux d'abandon. Dans une étude effectuée récemment (*Institute of Medicine*, 1990b), des taux de succès élevés étaient signalés pour les «diplômés» mais les pourcentages d'abandon se situaient entre 75 et 85 p.100. On s'entend pour dire que la durée de la participation à la CT exerce un effet positif sur les résultats (par exemple, Heather et Tebbutt, 1989). Cependant, une étude importante effectuée au Canada ne confirme pas ce lien (Brook et Whitehead, 1980). La plupart des études portant sur l'efficacité de la CT concluent que, malgré l'absence de données solides au sujet de l'efficacité de tels programmes, on peut raisonnablement supposer que l'approche est plus *rentable* que toute autre option pour ce groupe, notamment l'incarcération (*Institute of Medicine*, 1990b).

## Évaluation du client et choix de traitement

Les deux sections précédentes du présent chapitre portaient sur l'efficacité des divers types d'interventions ou de modes de traitement et sur la durée et les contextes de ces interventions. Une des conclusions de l'étude est que, vu la diversité des cas à

traiter, tous les types d'interventions ou de programmes n'auront pas toujours la même efficacité. On reconnaît maintenant que l'efficacité d'un traitement est susceptible d'être grandement améliorée en choisissant l'intervention la mieux adaptée aux problèmes précis et aux forces d'une personne. En outre, la valeur éventuelle d'un tel appariement fait ressortir le besoin d'évaluer chaque personne et d'élaborer des plans de traitement individualisés.

Il n'est pas du ressort de la présente revue de décrire et d'évaluer les diverses stratégies et techniques d'évaluation des personnes qui éprouvent des problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Heather et Tebbutt (1989) et l'*Institute of Medicine* (1990a, 1990b) ont discuté en détails et dans des termes très pratiques de ces stratégies et techniques. Les évaluations devraient insister sur la quantité d'alcool consommée, la fréquence et les habitudes passées et présentes de consommation d'alcool et d'autres drogues, le degré de dépendance de même que sur la nature des problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie (par exemple, la santé, les aspects sociaux et personnels). L'évaluation devrait également porter sur le degré de motivation du client à apporter des changements à son mode de vie. On remarque également l'apparition d'un nouveau consensus sur le fait que les besoins exprimés et les demandes d'aide du client forment une partie importante du processus d'évaluation et d'un appariement efficace. Enfin, l'évaluation devrait prendre en considération le contexte social dans lequel la personne évolue et faire participer les membres de la famille et les proches, au besoin.

Les chercheurs de la FRP en Ontario ont grandement contribué à l'élaboration de protocoles et d'outils d'évaluation. Skinner et ses collègues ont élaboré ou évalué les propriétés psychométriques de plusieurs outils d'évaluation, y compris les critères de mesure de dépendance à l'égard de l'alcool (Skinner et Allen, 1982; Horn et coll., 1984), le test de dépistage de l'alcoolodépendance du Michigan (Skinner, 1979) et le test de dépistage de la toxicomanie (Skinner, 1982a). Annis (1982) a réalisé un genre de répertoire des situations de risque, un protocole d'évaluation étroitement lié aux procédures de prévention des rechutes (voir ci-après). D'autres travaux de recherche entrepris à la FRP portaient sur l'évaluation de la validité des diverses techniques utilisées pour déterminer la quantité d'alcool consommée, la fréquence et les habitudes de consommation, tous facteurs présents au moment où la personne vient consulter et dans l'ensemble de son vécu (par exemple, Sobell et coll., 1988). Le personnel chargé des programmes et les chercheurs de la FRP ont également mis au point l'*ASIST* (Fondation de la recherche en toxicomanie, 1984), un protocole d'évaluation détaillé et très pratique. Le protocole ASIST est couramment utilisé dans les centres spécialisés d'orientation et d'évaluation de l'Ontario, qui, en eux-mêmes, représentent une approche communautaire unique quant à à la prestation de services d'évaluation (Ogborne et Dwyer, 1986; Ogborne et Rush, 1990). Des études descriptives et des évaluations du processus qualitatif de ces centres spécialisés révèlent que ces techniques sont couramment utilisées par divers professionnels et qu'elles font partie intégrante du système de traitement local (Ogborne et coll., 1984). Toutefois, dans le système de traitement ontarien, 10 p.100 des cas seulement ont fait l'objet d'une évaluation dans ces centres (Ogborne et Rush, 1990). Comme dans d'autres provinces, la majeure partie de l'évaluation du client est effectuée à son entrée dans un programme de traitement, et on peut se demander dans quelle mesure ce processus est une simple fonction de sélection pour ce programme, en particulier, ou est un processus précédant l'élaboration d'un plan de traitement très individualisé (qui pourrait comprendre un service d'orientation vers une gamme de services communautaires).

Comme on l'a déjà souligné, l'objectif fondamental de l'évaluation du client devrait être d'apparier ce dernier au traitement approprié, augmentant par le fait même l'efficacité de l'intervention. La plupart des études effectuées sur l'efficacité du traitement ont tenté d'établir une *moyenne* de résultats à partir des différences entre les clients. Les études qui portent sur l'appariement, d'un autre côté, se concentrent sur l'interaction entre le type de client et le type de traitement — c'est-à-dire la mesure dans laquelle le traitement produit un effet très sélectif sur des clients particuliers. Même si on comprend bien que des personnes ayant des besoins différents et des caractéristiques différentes répondront plus positivement à divers types d'intervention, à l'heure actuelle, il s'agit toujours d'un domaine de recherche particulièrement complexe du point de vue conceptuel et méthodologique. Par exemple, les résultats peuvent varier du

critère de mesure des résultats choisi (par exemple, motivation face au traitement, conformité au traitement, diminution de la consommation d'alcool ou d'autres drogues). En outre, le choix du «traitement» approprié aux besoins du client peut faire référence au mode de traitement (par exemple, psychothérapie de groupe ou individuelle), à la durée ou au lieu du traitement (interne ou externe), aux thérapeutes qui dispensent le traitement (des pairs ou des professionnels) ou à l'objectif du traitement (modération ou abstinence). Si le lecteur veut connaître les résultats et les questions clés, il pourra consulter l'*Institute of Medicine* (1990a), Marlatt (1988) et Miller et Hester (1986b), Finney et Moos (1986), Glaser (1980) et Skinner (1982b).

Certaines études cherchent des critères d'appariement en utilisant une approche corrélationnelle ou «prédictive», en vertu de laquelle le chercheur tente de déceler, chez le patient, les résultats attribuables à divers programmes de traitement. Les caractéristiques des patients peuvent être regroupées en plusieurs catégories, notamment les variables démographiques (par exemple, l'âge, le sexe), les variables relatives au traitement de données (par exemple, les aptitudes cognitives), les variables personnelles (par exemple, l'estime de soi) et le contexte (par exemple, l'appui social). Miller et Hester (1986b) ont fourni l'étude la plus approfondie des travaux de recherche effectués dans le domaine de l'alcoolisme à l'aide de l'approche prédictive et ont conclu qu'aucune caractéristique de client ne ressort de la documentation comme un élément permettant de prévoir les résultats positifs, *peu importe le type de traitement dispensé*. Ils ont poursuivi leur revue sur une grande diversité d'études pour découvrir les caractéristiques des clients qui permettent de prévoir des résultats positifs *à partir* de modalités de traitement précises (par exemple, en psychothérapie, le niveau de conscience du client est associé à un résultat positif (McLachlan, 1972)). Dans une étude ultérieure effectuée sur les critères d'appariement pour les adolescents qui abusent de substances, Hester et Miller (1988) ont souligné l'absence de données empiriques permettant l'élaboration de critères de ce genre.

Une autre grande catégorie d'étude sur les critères d'appariement porte sur la pertinence de diverses caractéristiques des clients dans la prévision des résultats de diverses approches de traitement (Miller et Hester, 1986b). Les données les plus solides sont issues de recherches qui assignaient les clients au hasard à l'un de ces modes de traitement, même si d'autres plans quasi expérimentaux sont tout aussi valables (Finney et Moos, 1986). Une étude décrite ci-après effectuée par McLellan, Woody, Luborsky et leurs collègues (1983) explique une méthode non expérimentale ayant fourni des données valables. Dans cette étude, après que les clients aient été assignés au hasard à des thérapies en établissement et à l'externe, on considérait que les clients étaient bien appariés ou non en se fondant sur des critères de détermination *a posteriori*. Les clients bien appariés ont eu de meilleurs résultats que les autres.

Les recherches n'ont toujours pas produit de données empiriques concluantes sur l'«hypothèse d'appariement». Les travaux sont toujours en cours pour déterminer sur quels critères repose l'hypothèse. Les recherches les plus récentes à ce sujet (*Institute of Medicine*, 1990a; Miller et Hester, 1986a, 1986b; Heather et Tebbutt, 1989) portent sur les facteurs énumérés au paragraphe qui suit. À l'heure actuelle, ces facteurs pourraient être considérés comme des critères valables d'appariement. Le lecteur doit toutefois être prévenu que ces critères ont été principalement établis à partir de recherches sur des alcooliques et que très peu de données empiriques sont offertes pour les critères d'appariement des toxicomanes (Hester et Miller, 1988).

*Gravité du problème :* Les clients dont l'alcoolisme est plus avancé semblent profiter davantage d'un traitement intensif (quoiqu'il ne s'agisse pas nécessairement d'un traitement en établissement), tandis que les clients dont les problèmes sont moins graves profitent autant, sinon plus, d'interventions plus brèves. Cette constatation est étayée par les travaux de Orford et ses collègues (1976). Ceux-ci ont établi une comparaison entre le traitement intensif et le traitement à court terme. Ils ont constaté que, parmi les alcooliques graves, tous ceux qui bénéficiaient de résultats positifs avaient suivi le traitement intensif, tandis que 80 p.100 des sujets qui échouaient avaient reçu l'intervention plus brève — et vice-versa pour les cas moins graves. McLellan, Woody, Luborsky et leurs collègues (1983) ont repris ces travaux dans une étude complémentaire. Ces chercheurs ont utilisé un critère de mesure de la gravité psychiatrique afin de prévoir les résultats de façon rétrospective à partir de divers programmes offerts en établissement et à l'externe.

En se fondant sur une étude de suivi à six mois et des critères d'auto-évaluation, ils ont constaté que les patients aux problèmes très graves avaient des résultats faibles dans le cadre des programmes en établissement et à l'externe, tandis que les patients aux problèmes moins graves avaient des résultats positifs peu importe le type de programme choisi. Ils ont assigné les clients à un mode de traitement en se fondant sur le procédé d'admission habituel et ont ensuite déterminé que les clients étaient bien appariés ou non en se fondant sur les critères de détermination *a posteriori* issus de la recherche précédente. Le traitement à l'externe semblait le moins bien adapté aux clients dont les problèmes d'alcoolisme étaient plus graves, tandis que cette même option semblait beaucoup plus avantageuse pour les clients dont les problèmes d'alcoolisme étaient moins graves.

*Déterminants cognitifs :* Les recherches ont révélé qu'il était possible d'obtenir des résultats encore plus positifs lorsqu'un client était orienté vers un traitement correspondant à plusieurs de ses caractéristiques cognitives. McLachlan (1972, 1974) a constaté que les patients orientés vers une thérapie dirigée ou libre d'après leur «niveau de conscience» (par exemple, niveau de conscience élevé — thérapie libre) réussissaient mieux que les patients qui étaient mal appariés. Certaines études montrent que les patients qui ont une source de détermination interne réussissent mieux lorsqu'ils sont orientés vers une thérapie libre (par exemple, Abramowitz et coll., 1974), même si les résultats ne sont pas uniformes à cet égard (par exemple, Schmidt, 1978).

*Problèmes vécus :* Les problèmes particuliers qui surgissent sur divers plans de la vie quotidienne du client peuvent faire ressortir la nécessité d'orienter celui-ci vers diverses modes de traitement polyvalent. Par exemple, Rosenberg (1979) a constaté qu'on pouvait accroître l'efficacité de la thérapie par la relaxation lorsqu'on l'offrait à des clients très anxieux comparativement à des personnes pour qui il ne s'agissait pas là d'un problème majeur. Azrin et ses collègues (1982) ont constaté qu'une formation en aptitudes sociales ou en techniques de recherche d'emploi était plus appropriée pour les clients qui en avaient besoin.

*Choix personnel :* Les clients qui choisissent eux-mêmes leur mode de traitement semblent mieux accepter la thérapie, mieux la suivre et s'améliorer, comparativement aux clients à qui on n'a proposé qu'une seule thérapie. Même si cette constatation n'a été étayée que dans une seule étude contrôlée (Kissin et coll., 1971), en l'absence d'une liste exhaustive d'autres critères d'appariement, on propose que les clients aient la possibilité de faire des choix informés à partir de diverses méthodes plausibles (Miller et Hester, 1986b).

Au Canada, peu d'études empiriques portent sur l'évaluation du potentiel des critères d'appariement existants et éventuels quant à l'amélioration de l'efficacité du traitement. Les études les plus pertinentes sont celles énoncées précédemment (McLachlan 1972, 1974) en ce qui concerne l'appariement du traitement au niveau conceptuel du client, de même que ceux de Annis et de Chan (1983) et de Sanchez-Craig et de ses collègues (1984). Annis et Chan (1983) ont choisi au hasard des personnes qui avaient commis un délit sous l'influence de l'alcool pour recevoir ou non une thérapie de groupe par la confrontation. Ils ont constaté que les clients qui avaient une forte estime de soi réussissaient mieux s'ils suivaient la thérapie de groupe, tandis que les clients qui avaient très peu d'estime de soi avaient de très mauvais résultats avec la même thérapie et réussissaient mieux autrement. L'étude de Sanchez-Craig et ses collègues (1984) est intéressante en ce que les buveurs intempérants non dépendants de l'alcool avaient obtenu des résultats tout aussi positifs, qu'ils se soient fixés une consommation contrôlée ou l'abstinence comme objectif dans le cadre d'un programme de traitement cognitif axé sur la modification du comportement. Cependant, l'objectif de consommation contrôlée était plus attrayant et était, par conséquent, plus susceptible d'inciter les clients à poursuivre le traitement. Cette constatation fait ressortir le besoin d'insister davantage sur d'autres facteurs que l'efficacité seulement, c'est-à-dire une consommation réduite ou les problèmes connexes, au moment d'établir les critères d'appariement.

Même si peu d'études empiriques ont été effectuées à ce sujet, le Canada a fourni un apport important dans ce domaine par l'entremise de revues approfondies de la documentation (par exemple,

Ogborne, 1978) et de progrès réalisés sur les plans conceptuel et théorique (par exemple, Glaser 1980; Skinner, 1982b).

## Prévention des rechutes et soins continus

Tout comme l'élaboration d'un plan de traitement efficace doit tenir compte des forces et des problèmes particuliers d'une personne déterminés par une évaluation, des données laissent croire que l'efficacité du traitement peut être accrue grâce à une planification et à une prestation de services prudentes pour aborder les difficultés qui surviennent habituellement une fois que le traitement est terminé. De même, un plan de traitement efficace devra aborder les soins continus du point de vue des services offerts aux clients. Cette pratique peut exiger l'adoption de procédures systématiques pour la prévention des rechutes ou la prestation de services comme le suivi ou la gestion de cas.

*Prévention des rechutes:* Cette approche est la suite logique des travaux de Prochaska et di Clemente (1986) et de leur modèle de changement des habitudes de dépendance. Ces travaux ont été mentionnés précédemment sous la rubrique *Entrevue de motivation* en tant que méthode de traitement prometteuse axée sur le comportement. Les techniques de prévention des rechutes reconnaissent la difficulté de *maintenir* les changements apportés au comportement et cherchent à prévenir les éléments déclencheurs sociaux ou psychologiques (par exemple, états émotifs néfastes, conflit interpersonnel et pression sociale). Les travaux de Marlatt et de ses collègues (par exemple, Marlatt et Gordon, 1980; Marlatt et George, 1984) ont eu une influence particulière dans ce domaine. On demandait aux clients de reconnaître les situations à haut risque et on leur enseignait ensuite les techniques leur permettant de faire face à ces situations. Le traitement repose principalement sur les principes théoriques d'apprentissage social et insiste beaucoup sur l'accroissement des capacités des clients ou sur la croyance qu'ils peuvent maîtriser les situations à haut risque.

Même si de nombreuses recherches révèlent que l'acquisition de compétences personnelles est liée aux résultats positifs (voir Annis et Davis (1989a) pour un bref retour et Burling et coll., 1989), cette approche a fait l'objet d'un nombre très restreint d'évaluations contrôlées. Annis et Davis (1988) ont rédigé un rapport sur une étude de suivi non contrôlée montrant des diminutions marquées de la consommation au suivi à six mois pour un petit groupe de buveurs intempérants qui avaient reçu une formation en techniques de prévention des rechutes. La réduction de la consommation était tributaire de l'acquisition de compétences personnelles. La formation en techniques de prévention des rechutes a fait l'objet d'une évaluation au cours d'un essai contrôlé effectué dans le cadre d'une étude non publiée par la même équipe de recherche (Annis et coll., 1987). Ils choisissaient au hasard sur le marché du travail 83 alcooliques qui avaient terminé un programme de trois semaines en établissement pou r recevoir une formation en prévention des rechutes ou un counselling classique à l'externe. En se fondant sur le protocole d'évaluation, on déterminait que les clients étaient à risque d'avoir une rechute dans diverses situations (risque généralisé) ou dans des situations très précises (risque différencié). Les résultats montrent que les clients soumis à des situations de risque différencié avaient réduit plus considérablement leur consommation quotidienne s'ils avaient suivi la formation que s'ils avaient reçu un counselling. Aucune différence n'a toutefois été relevée entre les modalités de traitement pour les personnes qui se trouvaient en situation de risque généralisé. Cet appariement correspond aux attentes à l'égard du modèle de prévention des rechutes.

Une autre évaluation venant étayer la méthode de prévention des rechutes est celle effectuée par Chaney et ses collègues (1978), mentionnée précédemment dans le présent rapport sous la rubrique des méthodes de formation en acquisition de compétences. On remarque un chevauchement conceptuel entre la méthode de prévention des rechutes et les méthodes de formation en acquisition des compétences abordées précédemment sous la rubrique des traitements axés sur la modification du comportement. Chaney et ses collègues (1978) ont constaté qu'un groupe qui recevait une formation en techniques de résolution des problèmes en vue de l'aider à affronter les situations susceptibles de provoquer des rechutes avaient mieux réussi en ce qui a trait à divers critères de mesure du comportement sur le plan de la consommation que les deux groupes de contrôle — groupe de discussion sur les situations à risque ou un traitement classique en établissement.

À l'heure actuelle, les techniques en prévention des rechutes suscitent considérablement d'enthousiasme étant donné qu'il semble possible de traiter les difficultés associées à la modification à long terme du comportement de dépendance. On doit toutefois poursuivre les recherches afin de déterminer la mesure dans laquelle la méthode peut permettre d'atteindre cet objectif.

Les travaux d'Annis à Toronto constituent la contribution canadienne la plus pertinente aux travaux sur la prévention des rechutes (par exemple, Annis, 1982, 1986b; Annis et Davis, 1989a, 1989b). La majeure partie de ces travaux a été discutée précédemment, c'est-à-dire les protocoles qui ont été élaborés pour évaluer les situations à haut risque de consommation (Annis, 1982) et les évaluations portant sur un modèle de traitement en prévention des rechutes (Annis et coll., 1987). Les éléments clés de ce mode de traitement sont maintenant intégrés à un programme de traitement plus classique en Ontario, et une évaluation approfondie des techniques en prévention des rechutes est actuellement en cours (Zarebski et coll., 1990).

*Soins continus :* À en juger d'après la vaste gamme de programmes et de stratégies d'intervention qui fait l'objet de la présente étude et de nombreuses autres, il semble évident qu'une personne qui souhaite suivre un traitement pour résoudre un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie risque de s'engager dans un dédale de services plutôt complexe. Ce phénomène peut se produire dans tout programme qui vise, par exemple, la désintoxication, l'évaluation, les méthodes de traitement en établissement et à l'externe et les méthodes particulières de traitement. La complexité de l'interaction entre le client et le traitement prend de l'ampleur lorsqu'on se rend compte que ces services ne sont pas nécessairement tous regroupés sous le même programme. Nous sommes donc portés à présumer de façon implicite que le traitement dispensé à une personne sera plus efficace (ou que, du moins, la prestation sera plus efficace) s'il est coordonné par les services dans lesquels le client est engagé. L'expression «soins continus» reflète cette présomption et fait ressortir l'importance de coordonner les soins du client à court et à long termes (Martin, 1990).

Le terme «suivi» est habituellement utilisé pour décrire les soins qui sont dispensés une fois la période de traitement terminée, et ces soins sont habituellement dispensés à court terme en établissement. Ce terme s'applique toutefois moins à la prestation de services à l'externe. Peu d'évaluations ont porté sur les méthodes traditionnelles de suivi. Certaines études révèlent qu'il existe un lien positif entre les résultats et la prestation de soins de suivi (par exemple, Pittman et Tate, 1969; Pokorny et coll., 1973; Vannicelli, 1978). D'autres recherches, comme celle effectuée par Dubourg (1969) et par Armor et coll. (1978), offrent très peu de données à ce sujet. Dans l'étude effectuée par Armor et ses collègues, les données issues de 44 centres de traitement d'alcoolisme ont fait l'objet d'une analyse et aucune différence n'a été relevée entre les résultats des patients qui avaient reçu seulement le traitement en établissement et ceux des patients qui avaient reçu des soins de suivi à la fin de leur séjour en établissement. Ces résultats concordent avec ceux précités en ce qui a trait au fait que les traitements et un contact prolongés avec le patient ne sont généralement pas plus efficaces que des interventions plus brèves (par exemple, Zweben et coll., 1988). À l'heure actuelle, l'application des services de «suivi» est trop variable pour que l'on puisse généraliser sur la valeur de certains types de services de soins continus suivant une période de traitement plus classique. En outre, du fait du recours aux méthodes d'évaluation corrélationnelles dans le cadre d'études sur les services de suivi, la causalité entre la participation au suivi et les résultats n'a pas été clairement établie. Les avantages éventuels d'un suivi varient également pour les divers groupes de clients. Ce fait est illustré, par exemple, par une évaluation portant sur un programme de suivi communautaire pour les sans-abri du Québec. La comparaison entre les participants au programme et le groupe de contrôle n'a permis de relever que de faibles différences en ce qui a trait aux critères de mesure de la consommation d'alcool et d'autres drogues, mais des différences importantes sur le plan du logement, des finances et de la vie sociale (Péladeau, 1988).

L'expression «gestion de cas» est beaucoup plus vaste que celle des soins continus (Johnson et Rubin, 1983) étant donné qu'elle a comme principale composante les services de santé mentale (y compris les services pour l'alcoolisme et la toxicomanie). On la définit de la façon suivante :

- Évaluation des forces, des faiblesses et des besoins actuels;
- Planification permettant de déterminer les services correspondant aux besoins particuliers du client;
- Appariement des clients aux services appropriés et assurance que les liens seront maintenus;
- Surveillance et évaluation continues des progrès;
- Prise de position au nom du client (défense des droits) de façon à assurer que le système de traitement réponde correctement et équitablement aux besoins du client.

Graham et Birchmore Timney (1990) ont produit dernièrement un document de travail exhaustif sur la gestion de cas, particulièrement sur la façon dont ce processus s'applique à la prestation des services contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Ils font ressortir les nombreux parallèles tracés entre le service de gestion de cas dispensé par ces services et celui que les services de santé mentale dispensent habituellement. L'élaboration et l'évaluation du mode de gestion de cas dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie se retrouvent cependant derrière celui du domaine de la santé mentale. En particulier, on soulève une vive controverse sur plusieurs questions, y compris celle de savoir si le responsable de la gestion de cas devrait ou non dispenser des services de thérapie, quels sont les divers rôles que le responsable devrait jouer avec le client, quels sont les antécédents et la formation des responsables de cas et, également, si la gestion de cas devrait être centralisée au sein du système de traitement ou intégré à chaque programme. Graham and Birchmore Timney (1990) soulignent en outre l'absence d'évaluation de modèles de rechange de même que la nécessité d'effectuer des évaluations, surtout en ce qui concerne la conception et l'application. Étant donné que la gestion de cas comprend un grand nombre de fonctions et de services, on recommande que les diverses composantes soient cernées et que le processus, comme l'évaluation, porte ensuite sur ces composantes (Graham et Birchmore Timney, 1989).

Au Canada, une évaluation contrôlée de la gestion de cas a été menée à Kingston lors d'un projet d'élaboration de système de traitement communautaire (Ligthfoot et coll., 1982). On choisissait des personnes au hasard qui profitaient ou non de services continus de gestion de cas (dans l'étude, on parlait de «soins primaires») en plus de l'évaluation approfondie. Les résultats semblaient être en faveur du service de gestion de cas. Cependant, l'énorme manque à gagner et la méthode d'analyse utilisée pour régler ce problème nous empêchent de tirer une conclusion définitive.

Perlman (1984a, 1984b, 1984c) a fait rapport d'une évaluation de la gestion de cas dans le cadre d'un projet de recherche portant sur un système élargi de services de traitement. Cette série d'études portaient principalement sur les effets de la gestion de cas sur la prestation du traitement et sur la définition et le rôle du responsable de cas. On a signalé que la gestion de cas ne diminuait pas le taux d'abandon, mais accroissait la participation au traitement après l'admission et l'évaluation (Perlman, 1984a).

Birchmore Timney et Graham (1989) ont entrepris une vaste étude descriptive des services de gestion de cas offerts en Ontario. Ils ont constaté que divers aspects de ce type de service étaient accessibles sur une grande échelle dans les programmes de traitement offerts dans la province. Cependant, comme cette étude l'a justement fait remarquer, de même que des études plus récentes sur le système ontarien (Martin, 1990), peu de programmes liés à la dépendance fournissent toute la gamme de services qui entrent habituellement dans la rubrique générale «gestion de cas». Certaines évaluations de la gestion de cas effectuées dans des centres de traitement ou dans des centres spécialisés d'orientation et d'évaluation sont présentement en cours et portent sur les diverses composantes de la gestion de cas (par exemple, Graham, Birchmore Timney et Bois, 1990). Graham, Saunders, Flower et leurs collègues (1990) ont également entrepris une évaluation approfondie d'un service ambulatoire pour les aînés alcooliques. Sous de nombreux aspects, cette évaluation constitue une évaluation du processus. La majeure partie des travaux effectués à ce jour ont porté sur les critères de contrôle des résultats chez les aînés alcooliques, de même que sur les critères de mesure d'intervention en ce qui a trait au processus de gestion de cas ou de traitement. Dans le cadre d'une analyse corrélationnelle de ces données, des résultats positifs semblent être associés à certaines caractéristiques des clients (par exemple, attitude plus ouverte et plus coopérative, gravité accrue des problèmes d'alcoolis-

me), de même que le type d'intervention reçue (par exemple, l'amélioration des capacités cognitives ou de la santé mentale était liée aux interventions portant sur cet aspect de la vie du sujet).

En résumé, on devra entreprendre un plus grand nombre d'évaluations afin de déterminer les avantages des nombreux types de services de soins continus et de gestion de cas offerts aux divers groupes. Comme l'ont démontré les travaux de Graham et de ses collègues, des approches plus novatrices que par le passé seront nécessaires pour entreprendre la conception d'un processus d'évaluation et de critères d'évaluation des résultats.

## Questions sur les systèmes de traitement

Comme on le laissait clairement entendre dans la section précédente sur les soins continus et la gestion de cas pour les personnes qui voulaient suivre un traitement contre leurs problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme, l'efficacité du traitement ne concerne pas seulement un type d'intervention ou de programme. On peut également la prendre en considération dans la mesure où l'ensemble du réseau de services disponibles au sein d'une collectivité ou d'une province vise à produire des résultats positifs — et le tout de façon efficace. La question globale de la coordination des services ou des systèmes a été approfondie dans la documentation sur le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (par exemple, Ogborne et Rush, 1983), mais son incidence sur les résultats a rarement fait l'objet d'évaluations. On continue néanmoins de présumer qu'un réseau de services coordonnés produira de meilleurs résultats et y parviendra en utilisant plus efficacement les ressources.

Cette étude n'a pas la prétention de fournir un traité détaillé sur les divers systèmes de prestation de services accessibles dans le domaine du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Il y a de plus en plus de documentation à l'échelle internationale sur les systèmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Klingeman et Takala, 1987). Les travaux de Glaser et de ses collègues (1978), ceux de Pattison (1982) et de Holder et de Straus (1972) ont, en particulier, une certaine influence. Ils ont contribué à plusieurs analyses de la prestation des services de traitement contre l'alcoolisme et d'autres toxicomanies dans les diverses provinces (par exemple, Glaser et coll., 1978).

La contribution du Canada à cette approche systémique a été particulièrement importante en ce qu'elle a influencé la documentation internationale. Au cours des années 70, la prestation des services de traitement à l'institut clinique de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie à Toronto a fait l'objet d'une analyse puis d'une nouvelle élaboration dans le contexte des systèmes (Glaser et coll., 1984a, 1984b, 1984c). Cette approche constituait l'une des premières tentatives cherchant à favoriser un processus d'évaluation du client complet, mais centralisé, qui permettrait ensuite d'apparier les clients aux diverses options de traitement. Les soins dispensés aux clients étaient coordonnés par l'entremise des services de gestion de cas; à ce moment-là, on désignait ces services par l'expression «soins primaires». Cette approche a constitué le fondement d'une analyse systémique pour l'ensemble de la prestation des services de traitement des problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie en Ontario (Marshman, 1978; Ogborne et coll., 1985). Depuis 1980, des sondages sont effectués régulièrement sur le système de traitement de l'Ontario en vue de contrôler les services de traitement et d'évaluer les changements apportés au réseau en ce qui a trait aux objectifs du processus d'élaboration de programmes établis à la suite de l'analyse (par exemple, Rush et Ekdahl, 1990). Ces études ont fait ressortir, par exemple, la croissance rapide des services d'évaluation et d'orientation et les services de gestion de cas au sein du réseau de la province (voir également, Ogborne et Rush, 1990).

D'autres études systémiques ont porté sur certaines collectivités plutôt que sur l'ensemble de la province. Graham et Brook (1985), par exemple, ont analysé les modes d'utilisation des services dans les organismes de traitement situés aux environs de London en Ontario. Ils ont constaté que ce réseau comprenait des systèmes de soins plutôt distincts.

Dans les autres provinces, l'approche systémique du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie a sans aucun doute influencé l'élaboration de programmes (Rush et Ogborne, sous presse). Cependant, les évaluations des systèmes n'ont pas été publiées. Une étude descriptive portant sur le système

de traitement du Québec a été effectuée en 1987 (Brochu et coll., 1987). On a ensuite comparé les résultats à ceux de l'Ontario (Rush et Brochu, 1991). L'étude a relevé plusieurs différences entre les deux provinces en ce qui a trait à la nature et à la capacité globale de leurs systèmes de traitement de même qu'à la proportion d'établissements publics et privés. Une planification stratégique des services communautaires pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie comme celle entreprise par Lamarche et ses collègues à Montréal (par exemple, Lamarche et coll., 1987) reflète également un point de vue systémique.

## Questions sur la méthode d'évaluation des programmes de traitement et de réhabilitation

La plupart des revues de la documentation sur l'efficacité des programmes de traitement rappellent le manque de méthode des évaluations. Les résultats sont très souvent nuancés par une mise en garde quant à leur validité et ce, pour des raisons d'ordre méthodologique. Même si les chercheurs qui travaillent sur le terrain sont conscients qu'une amélioration de la qualité des recherches dans ce domaine s'impose (Longabaugh et Lewis, 1988), il n'en demeure pas moins que la documentation comporte des problèmes de méthode. Les divers résumés analytiques contenus dans le présent rapport ont porté sur plusieurs problèmes, brièvement repris ci-après. Plusieurs études récemment publiées portant sur l'évaluation et la méthodologie dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie ont adopté une approche plus systématique à cet égard (par exemple, Longabaugh et Lewis, 1988; Sobell et coll.,1987; Sobell et Sobell, 1989; Martin et Wilkinson, 1989).

*Données sur les conditions de base.* Plusieurs études négligent de rassembler des données sur l'état du patient avant qu'il n'entreprenne un traitement. D'autres études qui recueillent de telles données ne le font que pendant une très courte période — souvent, pendant 30 ou 60 jours. Étant donné que la période précédant un traitement est fréquemment une période de crise pour le client et qu'elle n'est pas représentative de l'état de ce dernier à long terme, ces informations ne suffisent donc pas à préciser les conditions de base. Par conséquent, les évaluations ne peuvent faire état que de l'amélioration des patients en jugeant d'après leur état en situation de crise (Mandell, 1979; Wells et coll., 1988a). Longabaugh et Lewis (1988) proposent que les habitudes de consommation des patients soient décrites systématiquement pendant au moins un an avant le début du traitement. Ils proposent également que le bien-être du client et son rendement personnel dans ses divers rôles de même que son état de santé physique fassent l'objet d'une évaluation pendant 12 mois avant le début du traitement. Le même délai a été proposé par Wells et ses collègues (1988a) dans les études portant sur le traitement de la toxicomanie.

La revue de la documentation relative à l'évaluation des traitements a permis de constater que le fait de ne pas tenir suffisamment compte de l'état du sujet ni de ses habitudes de consommation marquait non seulement les études publiées de 1981 à 1984, mais également celles qui furent publiées de 1976 à 1980 (Sobell et Sobell, 1982; Sobbel et coll.; 1987). Les données préalables au traitement sur des facteurs comme la gravité de la dépendance, la chronicité de l'alcoolisme et la quantité d'alcool consommée avaient fait l'objet d'un rapport dans seulement la moitié des études qu'ils ont passées en revue. Ils ont également constaté que les données qui étaient recueillies avant le début d'un traitement n'étaient souvent pas celles qui faisaient l'objet d'une évaluation au suivi.

*Évaluation des caractéristiques des clients.* Un autre phénomène courant est le fait que les caractéristiques de chaque client soient souvent laissées de côté. Dans certains cas, des facteurs fondamentaux comme le sexe, l'âge et l'ethnie ne sont pas inclus dans le rapport définitif (Singer, 1983). Lorsque des sujets sont assignés de façon aléatoire à des conditions de traitement, une modalité peut être avantageuse pour certains types de sujets, tandis qu'une autre modalité en avantagera d'autres. Lorsque les groupes sont comparés, les deux traitements semblent également efficaces ou inefficaces, et cela en raison d'un effet d'«annulation» étant donné que les combinaisons traitement-patient réussies sont équilibrées par des combinaisons inefficaces au sein du même groupe. Ce que l'on doit déterminer, c'est la façon dont les caractéristiques de chaque client correspondent au type de traitement choisi en vue de produire certains résultats. Cette interaction est à la source même de «l'hypothèse d'appariement» sur laquelle les études insistent de plus en plus. Chaque client et chaque traitement doivent être décrits avec précaution de façon à ce que les sujets puissent être comparés. Dans

la plupart des cas, les données se «chevauchent», ce qui rend une analyse de l'appariement patient-traitement impossible.

*Assignation aléatoire et groupes de contrôle.* Le modèle de recherche de nombreuses études est conçu de façon telle qu'il est pratiquement impossible de distinguer les effets du traitement d'une «rémission spontanée». En l'absence d'un groupe de contrôle, c'est-à-dire «sans traitement», on ne peut, en toute confiance, considérer objectivement les améliorations résultant du traitement. Une comparaison des résultats de groupes de contrôle non traités dans 12 études a révélé, au suivi à un an, des pourcentages d'abstinence de 20 à 49 p.100 (Mandell, 1979). Si une proportion importante de la population peut faire des progrès sans suivre de traitement, il est par conséquent important d'inclure un groupe de contrôle de façon à ce que les avantages puissent être dégagés, le cas échéant. Cependant, même si l'évaluateur peut souhaiter la présence d'un groupe de contrôle sans traitement, l'éthique impose parfois certaines restrictions sur la faisabilité. En outre, un groupe de contrôle sans traitement ne comprend que des personnes qui éprouvent des problèmes liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie qui ont suivi un traitement et qui peuvent par conséquent être différentes du reste du groupe participant à l'étude, à partir de laquelle on espère pouvoir généraliser. Ainsi, même si un modèle d'évaluation comprenant un groupe de contrôle sans traitement est souhaitable dans de nombreux cas, on ne devrait toutefois pas considérer cet aspect comme essentiel.

On accorde beaucoup d'importance aux études qui comparent les diverses options de traitement dans la documentation; les problèmes surviennent toutefois au moment de l'interprétation, lorsqu'on ne soumet pas les sujets de façon aléatoire aux conditions de traitement. Parfois, le lecteur ne connaît même pas le mode de répartition des sujets. Il est donc impossible de déterminer si les résultats sont imputables aux différences de traitement et aux différences relevées entre les groupes. Souvent, les chercheurs ne se donnent même pas la peine de relever toutes les différences possibles entre les groupes avant d'entreprendre un traitement (Sobell et coll., 1987).

*Définition de l'intervention.* De nombreux chercheurs évitent de décrire le programme de traitement dans ses détails. Le lecteur peut être informé de l'utilisation d'une formation axée sur les compétences ou d'une formation en techniques de relaxation ou même d'une psychothérapie individuelle, mais ces modalités ne sont pas suffisamment décrites pour que l'on puisse les mettre en application dans d'autres établissements et les évaluer. Les chercheurs négligent aussi très souvent de montrer si l'efficacité du traitement est liée aux «ingrédients actifs» du programme de traitement (Longabaugh et Lewis, 1988). L'«approche liée à la composante» de l'évaluation des programmes a été mentionnée comme moyen d'analyser le mode de traitement et d'établir un lien entre l'application du programme et les résultats obtenus (Moos et Finney, 1983; Miller et Hester, 1988; Graham et Birchmore Timney, 1989).

*Mode de sélection.* La plupart des évaluations des programmes de traitement excluent un certain nombre de sujets parce qu'ils ne correspondent pas aux critères du programme. Des facteurs comme la stabilité psychologique, la santé physique, l'âge, le sexe et les objectifs du traitement (par exemple, consommation d'alcool contrôlée ou abstinence) sont utilisés pour déterminer si une personne est admissible à l'étude. Ces critères font en sorte que les sujets qui ont le pronostic le plus faible sont souvent exclus. Ainsi, les résultats peuvent être faussés en faveur de degrés d'efficacité plus élevés que si le traitement avait été entrepris avec un échantillon représentatif de sujets. Il est souhaitable que les sujets participant aux études sur les résultats du traitement soient représentatifs de l'ensemble de la population qui suit le traitement. Dans le cas où ce serait impossible, les différences relevées entre les sujets qui participent à l'étude et l'ensemble de la population doivent être clairement décrites. Les chercheurs négligent parfois d'énoncer clairement les critères d'exclusion, ce qui rend une généralisation des résultats quasi impossible.

*Suivi à long terme.* Souvent, on néglige d'évaluer le succès avec lequel les objectifs à long terme ont été réalisés. Les études tendent à montrer que le nombre de sujets qui peuvent être considérés comme ayant été «traités avec succès» décroît au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la période de traitement. Un suivi à long terme, quoique coûteux, est essentiel à une évaluation adéquate. Dans la documentation, cependant, on ne s'entend pas sur la signification de l'expression «à long terme». On a proposé un suivi d'au moins un an après le début du traitement (Longabaugh et Lewis,

1988) et d'un an après la fin du traitement (Singer, 1983; Wells et coll., 1988b) Des périodes de suivi plus longues entraînent des répercussions. Au rythme où le suivi se prolonge, l'incidence des facteurs hors traitement est également susceptible de s'accroître et l'abandon deviendra éventuellement un problème. Des périodes de suivi plus longues peuvent aider à expliquer l'influence des facteurs hors traitement sur les résultats éventuels plutôt que d'évaluer les effets du traitement (Wells et coll., 1988b).

*Critères généraux valables de mesure des résultats.* Les critères de mesure des résultats sont souvent inadéquats. Une revue de 265 études sur le traitement de l'alcoolisme a permis de constater que 80 p.100 utilisaient la consommation comme principal critère de mesure des résultats (Mandell, 1979). Même s'il s'agit d'un facteur important, ce n'est pas le seul, étant donné que les alcooliques qui cessent de boire ou qui réduisent leur consommation ne réalisent pas nécessairement de progrès sur les autres plans, comme sur le plan de l'adaptation conjugale et en milieu de travail. Il faut donc adopter une méthode de conceptualisation «à variables multiples» des problèmes associés à l'alcoolisme qui s'éloignerait du rapport abstinence-consommation contrôlée et qui comprendrait l'adaptation du sujet comme critère de succès (Voris, 1982). Les rapports publiés présentent de minces progrès indépendants de la consommation, comme la situation conjugale, familiale et émotionnelle et le besoin de poursuivre le traitement (Sobell et coll., 1987). Les données relatives à la mesure dans laquelle les sujets ont poursuivi le traitement au cours de la période de suivi sont essentielles étant donné qu'elles pourraient exercer un effet sur les résultats (Singer, 1983). En outre, le critère de mesure de la consommation ne devrait pas se limiter à l'«abstinence» et à la «non-abstinence» étant donné que l'évolution des progrès doit être prise en considération. L'intérêt récent porté à la «réduction des effets néfastes» en tant qu'objectif de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie correspond au besoin d'adopter de nouveaux critères de mesure des résultats pour les évaluations. Un exemple pertinent est la réduction du risque d'infection au VIH en tant qu'objectif de traitement légitime des programmes destinés aux usagers de drogues injectables.

Une proportion très élevée d'études repose principalement sur les données fournies par les sujets. On se pose plusieurs questions sur la valeur de cette méthode pour mesurer les problèmes et la consommation (Singer, 1983). Certains chercheurs soutiennent que les buveurs intempérants ne sont pas en mesure de fournir des données exactes. Par exemple, Mandell (1979) cite quelques études qui ont montré que les niveaux d'alcool dans le sang et les auto-évaluations de consommation modérée ne concordent pas pour 10 à 50 p.100 des alcooliques. D'autres soutiennent que la plupart des méthodes d'auto-évaluation sont valides et que les critères de mesure des résultats ne sont pas sujets à des erreurs importantes. Par exemple, Polich (1982) a constaté que seulement 2 p.100 de son échantillon n'avait pas été classé de façon appropriée du fait d'une auto-évaluation fausse. Fuller (1988), dans son étude sur la question des méthodes d'auto-évaluation, soutient que si on dressait une liste des études en faveur de l'auto-évaluation et de celles contre cette méthode, on constaterait que la première catégorie surpasse la deuxième. Cependant, il a fait remarquer qu'on ne pouvait ignorer que nombre de ces études étaient limitées et que plusieurs d'entre elles déconseillaient le recours à une telle méthode. En résumé, vu la validité douteuse de l'auto-évaluation, l'inclusion de données physiologiques complémentaires et de critères d'auto-évaluation multiples est souhaitable (Fuller, 1988). Heureusement, de plus en plus d'études reposent sur une telle approche à variables multiples. Une comparaison entre les études publiées de 1976 à 1980 et de 1980 et 1984 révèle une augmentation marquée de l'utilisation de sources de données multiples (Sobell et coll., 1987).

*Abandon du traitement ou du suivi.* Les études portant sur l'efficacité des programmes de traitement montrent souvent des taux élevés d'abandon. Les données relatives au suivi fournies par les sujets peuvent parfois être inaccessibles du fait d'un changement d'adresse, d'un décès, d'une morbidité et d'une multitude d'autres raisons. Souvent, une proportion élevée de patients ne terminent pas le traitement en cours, et de nombreuses études portant sur l'efficacité des traitements n'ont tenu compte que des clients ayant terminé le traitement dans leur calcul du pourcentage de réussite (Longabaugh et Lewis, 1988). Cependant, il n'est probablement pas approprié de présumer que les sujets «perdus» partagent les mêmes caractéristiques que le reste de la population. Ce fait est de plus en plus reconnu, et de nombreux chercheurs évaluent maintenant les

répercussions d'un traitement sous toute réserve et supposent que les sujets «perdus» auraient produit de faibles résultats.

Les questions d'ordre méthodologique qui ont été abordées ci-dessus représentent les préoccupations habituellement exprimées par les experts chargés de l'évaluation dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Il s'agit là des préoccupations les plus souvent soulevées lorsque l'objectif fixé est l'établissement d'un lien de cause à effet entre le client qui participe au programme et l'amélioration de son état. L'objectif ultime est alors de généraliser les résultats afin de les appliquer à un groupe plus vaste et d'utiliser les renseignements obtenus comme fondement pour l'élaboration de programmes à une plus grande échelle. Très peu de personnes peuvent mettre en doute la valeur de ces objectifs compte tenu de la disparité qui existe aujourd'hui entre les résultats des recherches et la conception et le contenu des programmes de traitement (Peele, 1990; Miller et Hester, 1986a). Ces questions sont toutefois peu pertinentes à la question de l'utilité de l'évaluation comme forme de rétroaction guidant l'amélioration des programmes. En fait, si on tient compte du rôle de l'évaluation des programmes, on la considère alors comme faisant partie intégrante de la gestion des programmes. Survient alors une question qui sera abordée très brièvement dans le présent rapport et qui revêt une grande importance lorsqu'on s'intéresse à l'évaluation de la qualité et de la valeur globale des évaluations dans le domaine du traitement.

Un objectif important consiste à s'assurer que tous les programmes de traitement comprennent une certaine composante d'évaluation dans le contexte de gestion des programmes. Ceci peut être réalisé de diverses façons, y compris, par exemple, par l'intégration d'un processus d'évaluation au contrôle de la qualité, par l'utilisation des données tirées du système d'information de gestion, par un suivi et des études descriptives ou empiriques sur les clients, par la collecte de données relatives à la satisfaction des clients ou par des analyses de l'utilisation des ressources. Les évaluations effectuées au Canada et qui ont été passées en revue dans le présent rapport représentent un bon échantillon des divers types d'évaluations qui ont, sans aucun doute, contribué aux décisions sur les programmes (Eliany et Tracey, 1991; Chamberland, 1990). Il n'est pas approprié et, sous certains aspects, encourageant pour les personnes qui gèrent les programmes de traitement de se faire dire que les études expérimentales et quasi expérimentales assorties d'un suivi à un ou à deux ans et de diverses variables liées aux résultats sont les *seules* stratégies d'évaluation valables. De telles études ne sont peut-être pas réalisables ni pratiques du fait de contraintes budgétaires, et on doit se rappeler que d'autres types d'évaluations peuvent également être utiles.

Une approche utile, une de celles qui a été constamment débattue dans le domaine de l'évaluation (Pancer et Westhues, 1989) et particulièrement dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Moos et Finney, 1983; McCarty, 1984), est celle qui consiste à choisir une stratégie d'évaluation correspondant au stade particulier de développement du programme de traitement à un moment donné. Cette pratique ouvre la porte à une vaste gamme de *processus*, de *résultats* ou d'évaluations *économiques* qui peuvent répondre aux besoins du programme et qui peuvent toujours donner des renseignements utiles à transmettre à un public plus vaste. Il est intéressant de souligner, par exemple, que la question de la rentabilité préoccupe toujours les chercheurs, les responsables de cas et les planificateurs de programmes, au détriment peut-être de l'évaluation économique des programmes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.

# CHAPITRE CINQ : *RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS*

Les problèmes associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont très répandus dans la société canadienne. Leur coût socio-économique est très lourd. Malgré plusieurs indices suggérant que l'usage d'alcool et d'autres drogues est en baisse, les conséquences demeurent tout de même graves, spécialement pour certains sous-groupes de la population (par exemple, les jeunes sans-abri).

La réponse canadienne aux problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie prend de multiples formes. Tout comme on étend sur un continuum les degrés de gravité ou de probabilité des problèmes, on peut aussi échelonner les diverses formes de réponse de la collectivité. Ces réponses se classent en deux grandes catégories, la *prévention* et la *réhabilitation*, qui visent respectivement les personnes peu exposées et les personnes à risque élevé. Divers types de programmes entrent en jeu dans chacune de ces catégories. Dans la présente étude, les programmes d'intervention précoce ont été décrits séparément pour témoigner de leur importance croissante dans le continuum des services communautaires. Ainsi, la présente étude a été répartie en trois chapitres distincts : Promotion de la santé, Intervention précoce et Traitement/réhabilitation.

Cette revue avait des objectifs ambitieux. Le rapport se concentre sur l'évaluation des programmes contre l'alcoolisme et d'autres toxicomanies, parmi la vaste gamme d'interventions communautaires décrites précédemment. On a cherché à rassembler une documentation imposante sur l'efficacité de ces interventions en vue d'aider les planificateurs et les dispensateurs de soins à élaborer et appliquer des programmes conformes aux résultats des recherches. On a aussi cherché à comparer les évaluations canadiennes à l'ensemble de la documentation internationale. Cela sert non seulement à faire ressortir l'apport important du Canada, mais également à guider l'amélioration des méthodes d'évaluation des programmes canadiens.

L'étude a été limitée par le déséquilibre entre la documentation sur les programmes de lutte contre l'alcoolisme et celle qui traite de la toxicomanie. En outre, une certaine disparité a été notée entre les études des diverses provinces canadiennes. Par ailleurs, le rapport ne pouvait pas traiter suffisamment de certains sous-groupes comme les jeunes, les femmes ou les personnes âgées. Enfin, il était important de tenir compte de la qualité inégale des évaluations entreprises au Canada et à l'étranger. Compte tenu de ces contraintes, le présent rapport a, en grande partie, atteint ses objectifs.

## Quels types de programmes «fonctionnent»?

La complexité des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie de même que les contraintes d'évaluation empêchent la formulation d'énoncés catégoriques quant à l'efficacité des programmes. Mis à part cette difficulté, la documentation permet de se faire une idée sur plusieurs questions clés et sur les choix de programmes.

*Promotion de la santé.* En ce qui a trait aux programmes de promotion de la santé, les données les plus probantes et les plus constantes viennent appuyer certaines politiques de contrôle de l'alcoolisme. Le fait d'accroître ou, du moins, de ne pas abaisser, l'âge minimum de consommation réduit le nombre d'accidents d'automobile et de blessures chez les jeunes. Les données montrent également que l'imposition de restrictions sur la disponibilité des boissons alcoolisées, particulièrement dans des points de vente non autorisés, réduit les problèmes liés à l'alcool. Une autre stratégie émergeant des recherches consiste à augmenter le prix des boissons alcoolisés par des taxes. Les données préliminaires sur les programmes d'intervention auprès des serveurs laissent transparaître le rôle important que ces programmes peuvent jouer dans la prévention des problèmes liés à l'alcool comme la conduite avec facultés affaiblies.

Les données sont plus mitigées en ce qui concerne les stratégies d'éducation visant à prévenir l'alcoolisme et la toxicomanie dans les écoles, les universités et les médias. Même si de tels programmes peuvent modifier les connaissances, les attitudes et les comportements à court terme, très peu de preuves démontrent un changement de comportement durable. Étant donné que ces programmes bénéficient d'un appui important du grand public et des directeurs

d'écoles, il est probable que l'on poursuivra ce genre d'intervention, particulièrement en milieu scolaire. Ainsi, l'approche la plus prudente consisterait à élaborer des programmes scolaires complets et polyvalents qui s'intègrent à une stratégie de promotion de la santé communautaire plus vaste. Cette approche globale et intégrée mettant l'accent sur l'intervention communautaire est le produit de la dernière décennie. Comme Moskowitz (1989) a conclu dans sa dernière étude, les aspects éducatifs de ces interventions sont probablement plus efficaces pour modifier les normes sociales et le climat socioculturel que pour changer les comportements. Les interventions communautaires sont relativement nouvelles dans le domaine de la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies. Même si les résultats des recherches sont prometteurs, les évaluations sont toujours insuffisantes, ce qui ne permet pas de porter un jugement catégorique sur l'efficacité de ces programmes.

Certains chercheurs soulignent toutefois la nécessité de normes communautaires cohérentes dans les campagnes d'éducation et de sensibilisation du public, afin de promouvoir un comportement responsable et des réglementations adéquates (Wallack, 1984a; Cahalan, 1987). Les pratiques courantes de commercialisation de l'alcool et d'autres drogues tendent à encourager les ventes et la consommation. Ainsi, ces pratiques contredisent carrément les objectifs de promotion de la santé. Les planificateurs de politiques n'ont pas encore corrigé ces contradictions même s'ils en sont conscients.

*Intervention précoce*. La présente étude portait sur divers types de programmes d'intervention précoce. Les évaluations qui portaient sur l'efficacité des programmes de counselling et les programmes éducatifs à l'intention des personnes arrêtées pour conduite en état d'ébriété n'ont pas démontré de façon définitive leur aptitude à entraîner un changement de comportement durable. De même, les études portant sur la méthode classique du PAE contre les toxicomanies en milieu de travail ne font aucune promesse quant à la capacité d'entraîner des changements positifs. Ce phénomène est principalement lié au manque d'évaluations contrôlées ainsi qu'à la diversité des objectifs et des stratégies d'implantation. Certaines données révèlent que l'approche globale du «bien-être» dans l'élaboration de programmes de promotion de la santé en milieu de travail élimine certains facteurs de risque. Cependant, ces programmes n'incluent pas toujours l'intervention précoce contre l'alcoolisme et la toxicomanie. On trouve encore peu de données prouvant que ces programmes influencent la consommation et les problèmes connexes.

Au cours de la dernière année, des efforts considérables ont été déployés pour concevoir et évaluer des stratégies de détection précoce de l'alcoolisme et de la toxicomanie parmi les divers utilisateurs de services sociaux et de santé. On demeure toutefois sceptiques quant à la capacité de plusieurs stratégies (par exemple, les indicateurs biochimiques, certains questionnaires psychosociaux, les signes et les symptômes physiques) de déceler des problèmes *dès* leur apparition, au lieu de les découvrir au stade de la dépendance grave. À l'heure actuelle, il semblerait que les questionnaires psychosociaux (par exemple, le CAGE et l'AUDIT) sont les plus prometteurs en matière de détection et de dépistage, car ils sont brefs et faciles à utiliser dans divers établissements. Les données sur l'efficacité de la thérapie comportementale de courte durée, dans les programmes d'intervention précoce, révèlent des progrès considérables selon plusieurs critères de mesure des résultats (par exemple : la consommation réduite).

*Traitement / réhabilitation*. En ce qui a trait aux programmes de traitement ou de réhabilitation, il est difficile de généraliser à cause de la diversité de la population qui veut obtenir de l'aide, de la variété des services disponibles, des divers critères utilisés pour déterminer l'«efficacité» et du manque d'évaluations adéquates pour comparer les diverses méthodes. Certaines évaluations insistent surtout sur l'efficacité globale ou l'efficience du *système* de services communautaires plutôt que sur un programme comme tel.

On possède assez de preuves pour conclure que les améliorations découlant du traitement sont plus nombreuses que si on avait laissé les cas suivre leur cours naturel. Des études permettent de conclure qu'entre 50 et 65 p.100 des personnes qui suivent un traitement montrent des signes d'amélioration lors du suivi. Les données révèlent en outre qu'environ la moitié des personnes qui ont fait des progrès ont cessé toute consommation de drogue ou d'alcool ou ont réduit considérablement leur consommation; l'autre moitié auront réduit de façon importante leur consommation et montreront des signes indubitables d'amélioration sur d'autres plans de leur vie. Du point de vue économique, les données révèlent que le

traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme est un investissement avisé d'une partie des fonds prévus pour les soins de santé.

Aucun mode de traitement ne s'est révélé supérieur à tous les autres. Il est cependant clair que les traitements n'ont pas tous la même efficacité.

Le recours aux médicaments contre l'alcoolisme et la toxicomanie se limite exclusivement à certaines substances. L'efficacité de ces traitements est plutôt variable. Les médicaments contre la dipsomanie, comme le disulfirame ou le carbamide de calcium, semblent convenir à une application sélective plutôt que générale dans le traitement des problèmes d'alcoolisme, lorsqu'on les intègre à une plus vaste stratégie de traitement. À l'exception du diazépam comme adjuvant à la désintoxication, les médicaments contre la dipsomanie ne constituent pas un traitement efficace pour les problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Les résultats des recherches laissent voir que la méthadone est le traitement par excellence pour la dépendance aux opiacées, particulièrement à cause de sa capacité de réduire le risque d'infection par le VIH chez les usagers de drogues injectables.

La diversité des approches psychothérapeutiques limite les conclusions sur l'efficacité de ces traitements pour les personnes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie. Les évaluations contrôlées tendent à nier l'effet de la psychanalyse et de l'introspection comme modes de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, notamment à cause de la complexité de ces méthodes, de la nécessité d'avoir recours à des conseillers professionnels, de la durée des soins et des coûts. Toutefois, les données démontrent que l'empathie et l'expérience du thérapeute ou du conseiller sont directement liées aux résultats du traitement.

La psychothérapie n'est qu'une des nombreuses approches courantes qui n'ont pas été appuyées suffisamment par les évaluations contrôlées. D'autres approches qui ont bénéficié d'un appui modeste comprennent, entre autres, les thérapies par la confrontation et l'éducation sur l'alcoolisme et la toxicomanie. Les Alcooliques Anonymes et d'autres groupes d'entraide ne se prêtent pas vraiment à une évaluation. Leur efficacité ne repose donc pas sur les critères scientifiques traditionnels. Les résultats de sondages récents montrent cependant que les personnes qui souhaitent suivre un traitement ont tendance à s'inscrire à des programmes d'entraide comme ceux des AA (78 p.100) plutôt qu'à des programmes dispensés par des professionnels (Eliany et coll., 1989).

Ce sont les thérapies comportementales qui reçoivent les meilleures évaluations. Heather et Tebbut (1989) soutiennent que ces approches reposent sur le fondement théorique le plus solide, qu'il s'agisse d'une théorie d'apprentissage classique ou pratique ou encore d'une perspective comportementale plus moderne que l'on appelle la «théorie d'apprentissage social». En gros, les données confirment l'une des attentes issues de la théorie d'apprentissage social, c'est-à-dire que les méthodes de traitement «axées sur les comportements» sont supérieures aux méthodes plus traditionnelles «axées sur l'interaction verbale» comme la psychothérapie ou l'éducation. Les thérapies comportementales les mieux appuyées par la documentation comprennent les thérapies familiales et conjugales (particulièrement pour les problèmes liés à l'alcoolisme), les thérapies par aversion, la gestion des facteurs externes et le traitement polyvalent axé sur la formation en techniques de relaxation et en gestion du stress ainsi qu'une vaste gamme de programmes de formation axés sur les compétences (par exemple, les aptitudes sociales et les techniques de résolution de problèmes). La méthode de gestion des facteurs externes illustrée par les méthodes d'appui communautaire (MAC) de Azrin et de ses collègues (Azrin et coll., 1982) est appuyée par certaines des données les plus probantes et les plus constantes dans le domaine du traitement. Même si l'ensemble du programme d'appui communautaire est trop vaste et trop dispendieux pour qu'on l'applique régulièrement, les principes fondamentaux de gestion des facteurs externes devraient faire partie d'un plus grand nombre de programmes de traitement. La formation en maîtrise du comportement est également appuyée par des résultats valables et constants. Les objectifs de modération habituellement associés à cette approche sont considérés comme plus appropriés pour les problèmes mineurs que pour la dépendance grave. La question n'a pas entièrement été résolue, selon la documentation.

L'évaluation de ces diverses approches comportementales a fait ressortir l'importance d'adapter l'intervention aux forces, aux faiblesses et aux besoins particuliers de toute personne qui cherche de l'aide. Les caractéristiques particulières des clients qui entreprennent un traitement influencent fortement

les résultats. On peut améliorer l'efficacité du traitement en choisissant judicieusement la méthode pour chaque client. Même si cette hypothèse d'appariement n'a pas l'appui de toutes les études empiriques, certains facteurs semblent être des critères raisonnables pour classer les clients qui éprouvent des problèmes d'alcoolisme (par exemple, gravité du problème, facteurs cognitifs choisis, types de problèmes liés au vécu et au choix personnel du client). À l'heure actuelle, on trouve peu de données sur les critères de choix de traitement pour les clients toxicomanes.

L'importance d'un bon choix de traitement fait ressortir le besoin d'évaluer soigneusement chaque cas ainsi que la nécessité d'une vaste gamme de services communautaires. Cela démontre encore une fois l'importance des services de désintoxication. Toutes les évaluations ont désigné le modèle de désintoxication sociale comme étant utile dans la majorité de cas. Les méthodes de désintoxication sans hospitalisation trouvent un appui dans la documentation, mais elles n'ont toujours pas fait l'objet d'une application et d'une évaluation à grande échelle. Les programmes de soins prolongés en établissement (c'est-à-dire les maisons de rétablissement et les foyers d'entraide) demeurent essentiels au système de réadaptation et de traitement communautaire, mais il faudra les évaluer davantage d'après des critères de résultat mieux adaptés aux alcooliques chroniques. L'efficacité des services de soins continus demeure en majeure partie inconnue à cause des perceptions diverses quant à la signification de l'expression «soins continus» et des résultats équivoques issus des évaluations comparatives. Les techniques de prévention des rechutes et la gestion de cas occupent une place de plus en plus importante dans le système de traitement communautaire, mais leur apport global doit être évalué plus à fond. Plusieurs études de ce genre sont en cours.

L'une des observations les plus courantes dans l'évaluation des traitements est qu'en général, les traitements sans hospitalisation sont plus rentables que les traitements en établissement pour les personnes qui éprouvent des problèmes d'alcool. Quelques évaluations contrôlées ont comparé le traitement en établissement et à l'externe des jeunes toxicomanes. Cependant, les résultats révèlent que le traitement en établissement est moins attrayant et plus dispendieux pour la majorité de ces jeunes.

## Évaluations canadiennes

Comme on l'a souligné précédemment, une des limites de la présente étude est le manque d'équilibre entre les rapports d'évaluation effectués dans diverses régions du pays. Il est toutefois évident, d'après la documentation disponible, que plusieurs évaluations canadiennes ont apporté une contribution importante à la documentation internationale sur l'efficacité des programmes de promotion de la santé, d'intervention précoce et de traitement ou de réhabilitation. Les résultats des études canadiennes correspondent généralement à ceux d'études similaires effectuées dans d'autres pays.

Plusieurs rapports versés à la documentation internationale ont été publiés par les chercheurs et les spécialistes en évaluation de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario. C'est le résultat du mandat confié à la FRT en ce qui a trait aux recherches fondamentales et appliquées dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie. La plupart des autres études versées à la documentation internationale proviennent de personnes travaillant dans des milieux universitaires. Les études non publiées effectuées en Ontario et dans de nombreuses autres provinces mentionnées dans la présente étude semblent insister davantage sur des programmes particuliers. De plus, elles visent un public limité. C'est pourquoi il faut savoir distinguer entre les recherches d'évaluation, dont l'objectif est de contribuer à l'élaboration ou à la promotion de programmes contre l'alcoolisme et la toxicomanie sur une plus grande échelle, et l'évaluation de programme, dont l'objectif principal est d'évaluer un programme donné de façon à fournir une rétroaction en ce qui a trait aux améliorations à faire ou à d'autres questions précises comme la responsabilité et la répartition des ressources. Même s'il y a une zone grise entre ces deux types d'études, la distinction reste pertinente car elle donne une vue d'ensemble des types d'évaluation dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie (voir, par exemple, Cox (1990) et Bickman (1990)).

Il est utile de distinguer la recherche d'évaluation et l'évaluation de programme car plusieurs critiques méthodologiques portées contre les évaluations dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie portaient en fait sur les études fondamentales. Si l'objectif de la recherche est de fournir un fondement

empirique solide à l'élaboration de programmes futurs, alors les critiques comme le manque de groupes de contrôle assignés de façon aléatoire sont fondées. Il n'est pas facile d'associer directement les changements qui se sont produits au sein du groupe cible à la participation au programme sans se pencher d'abord sur certains aspects fondamentaux de la recherche en cours. Cependant, on ne saurait émettre les mêmes critiques à l'égard de *toutes* les évaluations de programmes étant donné que les méthodes scientifiques peuvent être inapplicables pour des raisons éthiques, administratives ou financières. Il est déjà difficile d'établir un lien de cause à effet entre les résultats et la participation au programme même si on mène des études étroitement contrôlées. Il serait encore plus ardu de s'astreindre à une telle rigueur dans toutes les évaluations de programmes communautaires. L'évaluation devrait faire partie intégrante de la gestion des programmes. Les planificateurs et les évaluateurs doivent reconnaître la valeur de la rétroaction qu'ils obtiennent par diverses stratégies de collecte de données et d'évaluation. Comme l'ont avancé Pancer et Westhues (1989), le type et la complexité de l'évaluation devraient correspondre au stade de développement du programme à un moment précis dans le temps.

Les trois grandes sections du rapport (Promotion de la santé, Intervention précoce et Traitement/réadaptation) démontrent toutes la nécessité d'évaluer les processus en s'intéressant aux facteurs qui influencent l'application du programme et la participation. Les résultats sont beaucoup moins pertinents si le programme est dispensé de façon inadéquate, au mauvais groupe cible ou mené d'une façon imprévue. Ce besoin d'études qualitatives sur les processus s'applique autant aux études d'évaluation destinées à une large diffusion qu'aux évaluations de programmes précis.

Le manque d'évaluations économiques est un autre thème constant, dont on n'a pas beaucoup parlé dans le présent rapport. Il est surprenant, vu l'attention accordée à la rentabilité, que si peu d'études aient traité des aspects économiques de la promotion de la santé, de l'intervention précoce ou du traitement et de la réhabilitation. Certains signes donnent à croire que plus de travaux de ce genre seront bientôt entrepris (par exemple, Marshman, 1990).

Un autre thème mis en lumière par la présente étude est le besoin d'entreprendre plus d'évaluations sur l'acquisition et la diffusion des nouvelles connaissances. Dans certains secteurs d'étude, cet aspect est devenu le point le plus important des évaluations et il semblerait même s'imposer dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie vu la disparité entre la pratique courante et les connaissances issues de la recherche. On pourrait chercher, par exemple, les facteurs qui empêchent l'adoption des traitements recommandés par les études (notamment, les interventions brèves, la thérapie comportementale et la gestion des facteurs externes). On pourrait aussi se demander pourquoi les campagnes de promotion de la santé continuent de privilégier l'approche didactique et médiatique en matière d'alcoolisme et de toxicomanie alors qu'il n'y a pas de preuve concluante que ces méthodes soient efficaces. Dans le domaine de l'intervention précoce, on pourrait se demander pourquoi les médecins de famille n'emploient pas davantage le questionnaire CAGE pour la détection des problèmes d'alcoolisme, malgré les rapports qui, depuis une décennie, démontrent la valeur et l'économie de cette pratique à court terme (Rush et coll., 1990). Les évaluations qui portent sur la diffusion des nouvelles connaissances et techniques pourraient reposer sur les mêmes fondements théoriques que la plupart des nouveaux travaux effectués dans le domaine (par exemple, la théorie d'apprentissage social (Bandura, 1977), le modèle de changement (Prochaska et Di Clermente, 1986)).

Un des objectifs du présent rapport était de sensibiliser les planificateurs et les praticiens à la nécessité d'entreprendre un plus grand nombre de recherches et d'évaluations tout en améliorant la qualité des études auxquelles ils prennent part. Pour conclure le rapport, on soulèvera cinq questions susceptibles de mieux guider les évaluations canadiennes.

La première question touche le financement puisqu'il faut des ressources suffisantes pour mener des évaluations fiables. Le montant requis peut être important par rapport au budget global du programme, surtout si les participants doivent être suivis et s'il faut analyser des ensembles considérables de données. Les organismes de financement doivent reconnaître l'importance de l'évaluation dans la gestion continue des programmes, et y consacrer des ressources adéquates.

La deuxième question porte sur la formation. Même si on dispose de ressources financières suffisantes, il faut des compétences particulières pour entreprendre une telle évaluation. Il faut également une certaine compréhension des concepts clés et des termes employés. Les responsables des programmes, le personnel et les organismes de financement devraient recevoir plus de formation dans le domaine de l'évaluation. On devrait essayer de remplir les postes avec des candidats formés et expérimentés dans ce domaine. En Ontario, par exemple, le service de recherche en évaluation des programmes et des services de la FRT offre chaque année un cours sur l'évaluation des programmes à l'intention des gestionnaires et du personnel des services de traitement. Dernièrement, la Société canadienne d'évaluation a publié une liste de cours en évaluation de programmes (Société canadienne d'évaluation, 1990).

La troisième question porte sur la nécessité, pour les praticiens, d'avoir recours à des critères de mesure et à des modèles d'évaluation pratiques et utiles qui peuvent être intégrés aux opérations régulières des programmes ou à leur système d'information de gestion. Dans le cas des services de traitement et, en certains endroits, des programmes d'intervention précoce, il faut incorporer l'évaluation à un programme global d'assurance-qualité. Il est aussi nécessaire de mieux guider les planificateurs des programmes et les praticiens dans le choix des critères de mesure des résultats pour leurs études de suivi.

La quatrième question porte sur le besoin d'entreprendre des évaluations mieux planifiées. Les pratiques d'évaluation actuelles exigent qu'une *appréciation de l'évaluation* précède l'évaluation proprement dite (Posavac et Carey, 1989; Rutman, 1980). Au cours de l'appréciation de l'évaluation, le responsable décrit le programme et son contexte en précisant les objectifs et leur méthode de mesure. L'appréciation aborde aussi la justification des modes d'intervention choisis compte tenu des changements visés par les programmes. Cela peut exiger la mise au point d'un modèle logique du programme (Rush et Ogborne, 1991). Un tel modèle facilite la sélection des questions clés et des stratégies de collecte de données appropriées pour l'évaluation des programmes à un stade donné du développement. Le fait d'effectuer une appréciation de l'évaluation garantit que l'évaluation est opportune, pertinente et aussi rigoureuse que possible.

Enfin, l'évaluation des programmes serait améliorée s'il existait un meilleur mécanisme de diffusion. La publication des résultats dans des journaux nationaux ou internationaux est le moyen traditionnel de disséminer le résultat des recherches. Cependant, ce moyen de communication n'est pas approprié pour tous les types d'évaluation, particulièrement pour celles qui portent sur des programmes particuliers ou sur leur gestion. La dissémination des résultats se fait aussi très souvent par des présentations à des conférences ou par la participation à des colloques et à des ateliers spéciaux. Ces occasions sont assez rares pour de nombreux planificateurs et praticiens qui travaillent avec des budgets limités. Il s'agit là d'une difficulté qu'ont rencontrée, entre autres, les membres du groupe de travail sur l'évaluation des programmes de la Fondation canadienne des toxicomanies maintenant dissoute.

Il existe une dernière solution, très intéressante, pour améliorer la diffusion des résultats d'évaluation: il s'agit de la mise au point d'un nouveau format de rapport pour les évaluations canadiennes dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Cela pourrait prendre la forme de brèves études de cas, conformes aux lignes directrices recommandées récemment par Caulley et Dowdy (1987) dans le domaine de l'évaluation des programmes. Un format type pourrait être établi pour les programmes de promotion de la santé, d'intervention précoce et de traitement ou de réhabilitation. Chaque rapport pourrait comprendre une ou deux pages de dimensions régulières et décrire, par exemple, la conception des programmes, les objectifs, les problèmes et enjeux, la méthodologie et les principales recommandations pour les évaluations futures de programmes similaires. L'élaboration d'une telle série de rapports à l'échelle nationale pourrait être confiée au Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et (ou) au groupe de travail fédéral-provincial sur les problèmes liés à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies.

Ces actions pourraient, dans une certaine mesure, améliorer le nombre et la qualité des évaluations de programmes entreprises dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie au Canada, particulièrement en ce qui a trait aux programmes de promotion de la santé, d'intervention précoce, de traitement et de réhabilitation.

# BIBLIOGRAPHIE


ABRAMOWITZ, C.V., ABRAMOWITZ, S.F., ROBACK, H.B. et C. JACKSON, "Differential effectiveness of directive and nondirective group therapies as a function of client internal-external control", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, p. 849-853, 1974.

ADRIAN, M., "Social Cost of Alcohol", *Canadian Journal of Public Health*, 79, Sept./Oct., 1988.

ALBERT, W., SIMPSON, R. et J. EAGLESHAM, "Evaluation of a drinking and parenting educational program in six Ontario communities", *Journal of Drug Education*, 13, p. 327-335, 1983.

ALCORSO, C., "The role of general practitioners in the delivery of drug and alcohol services in ethnic minority communities", *Drug and Alcohol Review*, 9, p. 245-250, 1990.

ALDEN, L.E., "Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, p. 280-286, 1988.

ALDEN, L.E., "Evaluation of a preventive self-management program for problem drinkers", *Revue canadienne des sciences du comportement*, 10, p. 258-263, 1978.

ALLEN, J.P., ECKARDT, M.J. et J. WALLEN, "Screening for alcoholism: Techniques and issues", *Public Health Reports*, 103(6), p.586-592, 1988.

ALLSOP, S., SAUNDERS, W. et A. CARR, "Relapse prevention and management: A controlled trial with problem drinkers" (cité dans N. Heather et J. Tebbutt (Eds.), *The effectiveness of treatment for drug and alcohol problems: An Overview*, Canberra: Australia Government Publishing Service, 1988.

ANDERSON, P., *Facilitators for preventing alcohol problems in primary health care settings*, Document présenté à la réunion de l'*Association of University Teachers and General Practitioners Scientific*, Oxford, England, 1990.

ANNIS, H.M., "A relapse prevention model for treatment of alcoholics", In W.R. Miller et N. Heather (Eds.), *Treating addiction behaviours* (p. 407-433), New York: Plenum Press, 1986b.

ANNIS, H.M., "Is inpatient rehabilitation of the alcoholics cost effective? Con position", *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 5, p. 175-190, 1986a.

ANNIS, H.M., "The detoxification alternative to the handling of public inebriates", *Journal of Studies on Alcohol*, 30, p.196-210, 1979.

ANNIS, H.M., DAVIS, C.S., GRAHAM, M. et T. LEVINSON, *A controlled trial of relapse prevention procedures based on self-efficacy theory*, (Document non publié), Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1987.

ANNIS, H.M. et C.B. LIBAN, "A follow-up study of male halfway-house residents and matched nonresident controls", *Journal of Studies on Alcohol*, 40, p. 63-69, 1979.

ANNIS, H.M. et C.S. DAVIS, "Relapse prevention training: A cognitive-behavioral approach based on self-efficacy theory", *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2 (2), p.81-103, 1989b.

ANNIS, H.M. et C.S. DAVIS, "Relapse prevention", In R.K. Hester and W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches* (p. 170-182), New York: Pergamon Press, 1989a.

ANNIS, H.M. et C.S. DAVIS, "Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: initial findings from a treatment trial", In T.B. Baker and D. Cannon (Eds.), *Addictive disorders: Psychological research on assessment and treatment* (p.88-112), New York: Praeger Publishing, 1988.

ANNIS, H.M. et D. CHAN, "The differential treatment model: Empirical evidence from a personality typology of adult offenders", *Criminal Justice and Behaviour*, 10, p. 159-173, 1983.

ANNIS, H.M., *Inventory of Drinking Situations*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1982.

ARMOR, D.S., POLICH, J.M. et H.B. STAMBUL, *Alcoholism and treatment*, New York: Wiley, 1978.

ASHLEY, M.J., BREWSTER, J.M., CHOW, Y.C., RANKIN, J.G., SINGLE, E. et H.A. SKINNER, "Preventing alcohol problems: The challenge for medical education", *Journal de l'association médicale canadienne*, 143(10), p. 1076-1082, 1990.

ASHTON, J., GREY, P. et K. BAINARD, "Healthy cities - WHO's new public health initiative", *Promotion de la santé*, 13, p. 319-324, 1986.

ATWOOD, I., *A summary of AADAC client follow-up studies*, Alberta: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1986.

ATWOOD, I., MARTIN, A. et J. THOMPSON, *Zeke and the indoor plants, Evaluation report*, Alberta: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1987.

AZRIN, N.H., "Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism", *Behaviour Research and Therapy*, 14, p.339-348, 1976.

AZRIN, N.H., SISSON, R.W., MEYERS, R. et M. GODLEY, "Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, p. 105-112, 1982.

BABOR, T.F., "Brief intervention strategies for harmful drinkers: New directions for medical education", *Journal de l'association médicale canadienne*, 143(10), p. 1070-1076, 1990.

BABOR, T.F. et M. GRANT, "From clinical research to secondary prevention", *Alcohol Health and Research World*, 13(4), p.371-374, 1989.

BABOR, T.F., RITSON, E.B., et R.J., HODGSON, "Alcohol-related problems in the primary health care setting: A review of early intervention strategies", *British Journal of Addiction*, 81, p.23-46, 1986.

BABOR, T.F., WEILL, J., TREFFARDIER, M. et J.Y. BENARD, "Detection and diagnosis of alcohol dependence using the Le Go Grid method", *In N.C. Chang et H.M. Chao (Eds.), Early Identification of Alcohol Abuse*, (Monographie de recherche nº 17), National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, Maryland, 1985.

BAEKELAND, F., "The evaluation of treatment methods in chronic alcoholism", In B. Kissin et H. Begleiter (Eds.), *The biology of alcoholism (Vol.5) treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic* (p. 385-440), New York: Plenum Press, 1977.

BAKER, T.B., UDIN, H. et R.E. VOGLER, "The effects of videotaped modeling and self-confrontation on the drinking behavior of alcoholics", *International Journal of the Addictions*, 10, p.779-793, 1975.

BANDURA, A., "Self-efficacy: Toward a unified theory of behavioral change", *Psychological Review*, 84, p. 191-215, 1977.

BARTOLOTTO, K. et C. NUTTER, *Punkerpine Evaluation Study*, Alberta: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1984.

BAUN, W.B., BERNACKI, E.J. et S.P. TSAI, "A preliminary investigation: Effects of a corporate fitness program on absenteeism and health care cost", *Journal of Occupational Medicine*, 28(1), p. 18-22, 1986.

BEBBINGTON, P.E., "The efficacy of Alcoholics Anonymous: The elusiveness of hard data", *British Journal of Psychiatry*, 128, p. 572-580, 1976.

BENNET, G.K., *Successful employee assistance programs*, Companion paper No. 8 to the report of the taskforce on employee assistance programs, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1978.

BERESFORD, T.P., BLOW, F.C., HILL, E., SINGER, K. et M.R. LUCEY, "Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism", *Lancet*, 336, p. 482-485, 1990.

BIBEAU, D.L, MULLEN, K.D., MCLEROY, K.R., GREEN, L.W. et V. FOSHEE, "Evaluations of workplace smoking cessation programs: A critique", *American Journal of Preventative Medicine*, 4(2), p. 87-95, 1988.

BICKMAN, L., "The two worlds of evaluation, An optimistic view of the future", *Evaluation and Program Planning*, 13(4), p.421-422, 1990.

BIGELOW, G., STRICKLER, D. LIEBSON, I. et R. GRIFFITHS, "Maintaining disulfiram ingestion among outpatient alcoholics: A security-deposit contingency contracting procedure", *Behaviour Research and Therapy*, 14, p. 378-381, 1976.

BILLINGS, A.G. et R.H. MOOS, "Psychosocial process of recovery among alcoholics and their families: implications for clinicians and program evaluators", *Addictive Behaviors*, 8, p. 205-218, 1983.

BIRCHMORE TIMNEY, C. et K. GRAHAM, "A survey of case management practices in addictions programs", *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6 (3/4), p. 103-187, 1989.

BLAIR, S., COLLINGWOOD, T., REYNOLDS, R., SMITH, M., HAGAN, D. et C. STERLING, "Health promotion for educators: Impact on health behaviours, satisfaction, and general well-being", *American Journal of Public Health*, 74(2), p. 147-149, 1984.

BLAKE, B.G., "Follow-up of alcoholics treated by behaviour therapy", *Behaviour Research and Therapy*, 5, p. 89-94, 1967.

BLANE, H.T., "Education and the prevention of alcoholism", In B. Kissin and H. Begleiter (Eds.), *Social Aspects of Alcoholism*, New York: Plenum Press, 1976.

BLY, J.L., JONES, R.C. et J.E. RICHARDSON, "Impact of worksite health promotion on health care costs and utilization", *Journal of the American Medical Association*, 256(23), p.3235-3240, 1986.

BOTVIN, G., "Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions", *Journal of School Health*, 56(9), p. 369-374, 1986.

BOTVIN, G.J., *Factors inhibiting drug use: Teacher and peer effects*, rapport final soumis au *National Institute on Drug Abuse*, New York: Cornell University Medical College, 1987.

BRADLEY, A.M., "Keep coming back: The case for a valuation of Alcoholics Anonymous", *Alcohol Health and Research World*, 12, p. 192-199, 1988.

BRANDSMA, J.M., MAULTSBY, M.C. et R. WELSH, *The outpatient treatment of alcoholism: A review and comparative study*, Baltimore, MD: University Park Press, 1980.

BREWSTER, J.M., SINGLE, E., ASHLEY, M.J., CHOW, Y.C., SKINNER, H.A., et J.G. RANKIN, "Preventing alcohol problems: Survey of Canadian medical schools", *Journal de l'association médicale canadienne*, 143(10), p. 1076-1082, 1990.

BROCHU, S., BOUDREAULT, L. et H. BELLEY, *Étude portant sur les ressources de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies au Québec*, Étude subventionnée par l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec, Montréal, Université de Montréal, École de criminologie, 1987.

BROOK, R.C. et P.C. WHITEHEAD, *Drug-free therapeutic community*, New York: Human Services Press, 1980.

BROWN, C. et J. THOMPSON, *An evaluation of the Lander model for addictions treatment*, Alberta: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1990.

BROWN, C., TAIT, D. et G. VINJE, *The physician resource kit pilot study*, Alberta: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1990.

BROWN, R.A., "Conventional education and controlled drinking education courses with convicted drunken drivers", *Behaviour Therapy*, 11, p. 632-642, 1980.

BRUUN, K., "Outcome of different types of treatment of alcoholics", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 24, p.280-288, 1963.

BRUUN, K., EDWARDS, G. LUMIO, M. et coll., *Alcohol control policies: In public health perspective*, Helsinki, Finland: Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.

BRY, B.H., "Family-based approaches to reducing adolescent substance use: Theories, techniques and findings", In E.R. Rahdert and J. Grabowski (Eds.), *Adolescent drug abuse: Analyses of treatment research* (p. 39-68), (Monographie de recherche soumise au NIDA, 77), Rockville, Maryland: Department of Health and Human Services, 1988.

BURLING, T.A., REILLY, P.M., MOTZAN, J.O. et D.C. ZIFF, "Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome", *Journal of Studies on Alcohol*, 50(4), p. 354-360, 1989.

BUSH, B, SHAW, S., CLEARY, P., DELBANCO, T.L. et M.D. ARONSON, "Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire", *The American Journal of Medicine*, 82, p. 231-235, 1987.

CAHALAN, D., *Understanding America's Drinking Problem*, San Francisco: Fossey-Bass Inc., 1987.

Canadian Evaluation Society, *National inventory of academic and training courses in program and project evaluation*, Ottawa: Canadian Evaluation Society, 1990.

CARR, B., GOLDBERG, H. et C. FARBAR, "The Canadian breathalizer legislation: An inferential evaluation", In S. Israelstam and S. Lambert (Eds.), *Alcohol, Drugs, and Traffic Safety, Proceedings of the Sixth International Conference on Alcohol, Drugs, and Traffic Safety, Toronto, Sept. 8-13, 1974*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1975.

CARTWRIGHT, A.K.J., "Are different therapeutic perspectives important in the treatment of alcoholism?", *British Journal of Addiction*, 76, p. 347-361, 1981.

CASSWELL, S. et L. GILMORE, "An evaluated community action project on alcohol", *Journal of Studies on Alcohol*, 50(4), p. 339-346, 1989.

CASSWELL, S. et L. STEWART, "A Community action project on alcohol: Community organization and its evaluation", *Community Health Studies*, 13(1), p. 39-48, 1989.

CAULLEY, D.N. et I. DOWDY, "Evaluation case histories as a parallel to legal case histories: accumulating knowledge and experience in the evaluation profession", *Evaluation and Programme Planning*, 10(4), p. 359-372, 1987.

CAVERSON, R.J., DOUGLAS, R.R., GLIKSMAN, L., et L. CHUIPKA, "Community receptivity to a countermeasure designed to reward sober drivers", *Health Promotion International*, 5(2), p.119-125, 1990.

CHAMBERLAND, C., *Portrait de la littérature évaluative Québécoise en toxicomanie: Dossier I: La prévention*, Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1989.

CHAMBERLAND, C., *Portrait de la littérature évaluative Québécoise en toxicomanie, Dossier I: La prévention*, Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1990.

CHAMBERS, L.W., ROBERTS, R.S. et C.C. VOELKER, "The epidemiology of traffic accidents and the effect of the 1969 breathalyzer law in Canada", *Accident Analysis and Prevention*, 8, p.201-206, 1976.

CHANEY, E.F., O'LEARY, M.R. et G.A. MARLATT, "Skill training with alcoholics", *Journal of Consulting and Chemical Psychology*, 46, p. 1092-1104, 1978.

CHICK, J., KREITMAN, N. et M. PLANT, "Mean cell volume and gamma-glutamyl transpeptidase as markers of drinking in working men", *Lancet*, 1, p. 1249-1251, 1981.

CHICK, J., LLOYD, G. et E. CROMBIE, "Counselling problem drinkers in medical wards: A controlled study", *British Medical Journal*, 297, p. 663-668, 1985.

CHICK, J. RITSON, B., CONNAUGHTON, J., STEWART, A. et J. CHICK, "Advice versus extended treatment for alcoholism: A controlled study", *British Journal of Addiction*, 83, p. 159-170, 1988.

CHILDRESS, A.R., MCLELLAN, A.T. et C.P. O'BRIEN, "Abstinent opiate abusers exhibit conditioned craving, conditional withdrawal and reductions in both through extinction", *British Journal of Addiction*, 81, p. 655-660, 1986.

CLEARY, P.D., MILLER, M. BUSH, B.T., WARBURG, M.M., DELBANCO, T.L. et M.D. ARONSON, "Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population", *The American Journal of Medicine*, 85(4), p. 466-471, 1988.

COLE, P. et A.S. MORRISON, "Basic issues in population screening for cancer", *Journal of the National Cancer Institute*, 64(5), p. 1263-1272, 1980.

COLEMAN, S.B. et D.I. DAVIS, "Family therapy and drug abuse: National survey", *Family Process*, 17, p. 21-29, 1978.

COOK, C.C.H., "The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part I, The Philosophy and the programme", *British Journal of Addiction*, 83(6), p. 625-634, 1988.

COOK, P.J., "Relationship of price, consumption, and cirrhotic mortality", In H.D. Holder and J.B. Hallan (Eds.), *Control issues in alcohol abuse prevention: Local, state and national designs for the '80s* (p. 89-94), Chapel Hill, North Carolina: The Human Ecology Institute, 1984.

COOK, P.J., "The effect of liquor taxes on drinking, cirrhosis and auto accidents", In M.H. Moore and D.R. Gerstein (Eds.), *Alcohol and public policy: Beyond the shadow of prohibition* (p. 255-285), Washington, D.C.: National Academy Press, 1981.

COOK, P.J. et G. TAUCHEN, "The effect of liquor taxes on heavy drinking", *Bell Journal of Economics*, 13, p. 379-390, 1982.

COX, G.B., "On the demise of academic evaluation", *Evaluation and Program Planning*, 13(4), p. 415-419, 1990.

COX, M. SHEPHARD, R.J. et P. COREY, "Influence of an employee fitness programme upon fitness, productivity and absenteeism", *Ergonomics*, 24(10), p. 795-806, 1981.

CRETE, H. et R. GRIGNON, *Évaluation d'un projet préventif: concernant l'usage des psychotropes en milieu scolaire au primaire*, Laval: Cité de la Santé de Laval, Département de santé communautaire, 1983.

DAVIDSON, P.R., *Short-term impact of the Alberta Impaired Driver's Program on the knowledge and attitudes of participants*, Alberta: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1983.

DE LINT, J. et W. SCHMIDT, "The distribution of alcohol consumption in Ontario", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 29, p.968-973, 1968.

DENHARTOG, G., *A decade of detox: Development of non-hospital approaches to alcohol detoxification - a review of the literature*, Substance Abuse Monograph Series, Jefferson City, MO.: Division of Alcohol and Drug Abuse, 1982.

DICICCO, L., DAVIS, R.B., HOGAN, J., MACLEAN, A. et A. ORENSTEIN, "Group experiences for children of alcoholics", *Alcohol Health and Research World*, 8(4), p. 20-24, 1984.

DITMAN, K.S., CRAWFORD, G.G., FORGY, E.W., MASKOWITZ, H. et C. MACANDREW, "A controlled experiment on the use of court probation for drunk arrests", *American Journal of Psychiatry*, 124, p. 160-163, 1967.

DOUGLAS, R.R., "Formulating alcohol policies for community recreation facilities: Tactics and Problems", In N. Geisbrecht, P. Conley, R.W. Denniston et coll. (Eds.), *Research action and the community: Experiences in the prevention of alcohol and other drug problems* (p. 61-67), (OSAP Prevention Monography-4), Rockville, Maryland: Office for Substance Abuse Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, 1990.

DUBOURG, G.O., "Aftercare for alcoholics — a follow-up study", *British Journal of Addiction*, 64, p. 155-163, 1969.

DUDGEON, M. et D. MAYFIELD, "Secondary prevention strategies for alcoholism in a teaching hospital: Routine use of the CAGE questionnaire in the medical work-up", In *Proceedings of the 34th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence*, Alberta, Canada, 1985.

DUPONT, R.L. (Ed.), *Stopping alcohol and other drug use before it starts: The future of prevention*, (OSAP Prevention Monograph-1), Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Substance Abuse Prevention, Maryland, 1989.

DYER, A., *Day Counselling Unit follow-up, 1983-client's reaction to program components*, Alberta: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1984.

DYER, A. et T. LIND, *Do primary prevention programs preach to the converted? Program impacts among teens at high and low risk of developing substance abuse problems*, Document présenté au 35e Congrès international sur l'alcoolisme et les toxicomanies, Oslo, Norway, 1988.

DYER, A., *West End Centre Day program evaluation: Changes in client's functioning and reactions to program elements*, Alberta: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1986.

EDWARDS, G. et S. GUTHRIE, "A comparison of inpatient and outpatient treatment of alcohol dependence", *Lancet*, 1, p.467-468, 1966.

EDWARDS, G. et S. GUTHRIE, "A controlled trial of inpatient and outpatient treatment of alcohol dependency", *Lancet*, 1, p.555-559, 1967.

EDWARDS, G., ORFORD, J., EGERT, S., GUTHRIE, S., HAWKER, A., HENSMAN, C., MITCHESON, M., OPPENHEIMER, E. et C. TAYLOR, "Alcoholism: A controlled trial of "treatment" and "advice"", *Journal of Studies on Alcohol*, 38, p.1004-1031, 1977.

EGAN, W.P., et R. GOETZ, "Effect of metronidazole on drinking by alcoholics", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 29, p.899-902, 1968.

EHLINE, D. et P.O. TIGHE, "Alcoholism: Early identification and intervention in the social service agency", *Child Welfare*, 56(9), p. 584-591, 1977.

ELIANY, M., (Ed.), *Licit and Illicit Drugs in Canada*, Santé et Bien-être social Canada (Cat. No.#39-159/1989E), Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1989b.

ELIANY, M., (Ed.), *Alcohol in Canada*, Santé et Bien-être social Canada (Cat. No.#39-158/1989E), Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1989a.

ELIANY, M. et GIESBRECHT, N., NELSON, M., WELLMAN, B. et S. WORTLEY, (Eds.), *National alcohol and other drugs survey, Highlights report*, Santé et Bien-être social Canada, (Cat. nº H39-175/1990E), Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1990.

ELIANY, M. et J. TRACEY, *Synthesized review of the literature on the effectiveness of the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission's prevention and treatment programs for alcohol and other drug abuse*, (Rapport non publié), Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1991.

ELKINS, R.L., "Covert sensitization treatment of alcoholism: Contributions of successful conditioning to subsequent abstinence maintenance", *Addictive Behaviors*, 5, p. 67-89, 1980.

ELVY, G.A., "The Canterbury Alcoholism Screening Test (CAST): A detection instrument for use with hospitalized patients", *New Zealand Medical Journal*, 97, p. 111-115, 1984.

EMRICK, C.D., "A review of psychologically oriented treatment of alcoholism, II, The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment", *Journal of Studies on Alcohol*, 36, p.88-108, 1975.

EMRICK, C.D., "Evaluation of alcoholism psychotherapy methods", In E.H. Pattison and E. Kaufman (Eds.), *Encyclopedic Handbook of Alcoholism* (p. 1152-1169), New York: Gardner Press, 1982.

ENDS, E.J. et C.W. PAGE, "A study of three types of group psychotherapy with hospitalized inebriates", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 18, p. 263-277, 1957.

ENGS, R.C., "Do warning labels on alcoholic beverages deter alcohol abuse?", *Journal of School Health*, 59, p. 116-118, 1989.

EPP, J., *Achieving health for all: A framework for health promotion*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1986.

Erin Research, *Alcohol Advertising on Canadian Television: Content, viewership, and compliance with regulations*, Subventionné par Santé et Bien-être social Canada, document non publié, 1989.

EVANS, G.D., *Evaluation of a self-help guide for controlled drinking among corporate / business and community groups*, (Proposition de recherche approuvé par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé), Vancouver: Vancouver Health Department, 1989.

EWING, J.A. et B.A. ROUSE, "Failure of an experimental treatment program to inculcate controlled drinking in alcoholics", *British Journal of Addiction*, 71, p. 123-134, 1976.

FARQUAHAR, J.W., WOOD P.D., BREITROSE, H. et coll., "Community education for cardiovascular health", *Lancet*, June, p.1192-1195, 1977.

FARRELL, S., *Review of National Policy Measures to Prevent Alcohol-Related Problems*, Genève: Organisation mondiale de la santé, 1985.

FAWCETT, J., CLARK, D.C., GIBBONS, R.D. et coll., "Evaluation of lithium therapy for alcoholism", *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, p. 494-499, 1984.

FEINSTEIN, C. et J.S. TAMERIN, "Induced intoxication and videotape feedback in alcoholism treatment", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, p. 408-416, 1972.

FELDMAN, O.L., PATTISON, E.M., SOBELL, L.X., GRAHAM, T. et M.B. SOBELL, "Outpatient alcohol detoxification: Initial findings on 564 patients", *American Journal of Psychiatry*, 132, p.407-412, 1975.

FERRENCE, R.G., "Prevention of alcohol problems in women", In S. Wilsnack and L. Beckman (Eds.), *Alcohol Problems in Women* (p.413-442), New York: Guilford Press, 1984.

FINK, E.B., LONGABAUGH, R., MCCRADY, B., STOUT, R., BEATTIE, M., RUGGIERI-AUTHELET, A. et D. MCNEIL, "Effectiveness of alcoholism treatment in partial versus inpatient settings: Twenty-four month outcome", *Addictive Behaviors*, 10, p.235-248, 1985.

FINNEY, J.W. et R.H. MOOS, "Matching patients with treatments: conceptual and methodological issues", *Journal of Studies on Alcohol*, 47(2), p. 122-134, 1986.

FLAY, B., "Mass media linkages with school-based programs for drug abuse prevention", *Journal of School Health*, 56(9), p.402-406, 1986.

FLEMING, M.F. et K.L. BARRY, "The effectiveness of alcoholism screening in an ambulatory care setting", *Journal of Studies on Alcohol*, 52(1), p. 33-36, 1991.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie, *Assessment handbook: ASIST, A structured addictions assessment interview for selecting treatment*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie, *The effectiveness of treatment for alcohol and other drug problems*, (Document non publié), Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1990.

FOON, A.E., "The effectiveness of drinking-driving treatment programs: A critical review", *International Journal of the Addictions*, 23(2), p. 151-174, 1988.

FOY, D.W., NUNN, B.L., et R.G. RCHTARIK, "Broad-spectrum behavioral treatment for chronic alcoholics: Effects of training controlled drinking skills", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, p. 218-230, 1984.

FREEDBERG, E.J. et W.E. JOHNSTON, *The effects of relaxation training within the context of a multi-modal alcoholism treatment program for employed alcoholics*, (Substudy No. 988), Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1978b.

FREEDBERG, E.J. et W.E. JOHNSTON, *The Effects of assertion training within the context of a multi-modal alcoholism treatment program for employed alcoholics*, (Substudy No. 796), Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1978a.

FULLARD, E., FOWLER, G. et M. GRAY, "Facilitating prevention in primary care", *British Medical Journal*, 289, p. 1585-1587, 1984.

FULLARD, E., FOWLER, G. et M. GRAY, "Promoting prevention in primary care: Controlled trial of low technology, low cost approach, *British Medical Journal*, 294, p. 1080-1082, 1987.

FULLER, R.K., "Can treatment outcome research rely on alcoholics' self-reports?", *Alcohol Health and Research World*, 12, p.181-186, 1988.

GAWIN, F.H., KLEBER, H.D., BYCK, R., ROUNSAVILLE, B.J., KASTEN, T.R., JATLOW, P.I. et C. MORGAN, "Desipramine facilitation in initial cocaine abstinence", *Archives of General Psychiatry*, 46, p. 117-121, 1989.

GELLER, E.S., RUSS, N.W. et W.A. DELPHOS, "Does server intervention training make a difference? An empirical field evaluation", *Alcohol Health and Research World*, 11, p. 64-69, 1987.

GIESBRECHT, N., CONLEY, P., DENNISTON, R.W., et coll., *Research action and the community: Experiences in the prevention of alcohol and other drug problems*, (OSAP Prevention Monograph-4), Rockville, Maryland: Office for Substance Abuse Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, 1990.

GIESBRECHT, N., MERKLE, G. et S. MACDONALD, "The 1978-79 workers' strike in the Sudbury basin and its impact on alcohol consumption and drinking patterns", *Journal of Public Health Policy*, 3, p. 22-38, 1982.

GIESBRECHT, N., PRANOVI, P., et L. WOOD, "Impediments to changing local drinking practices: Lessons from a prevention project", In N. Giesbrecht, P. Conley, R.W. Denniston, et coll., *Research, action and the community: Experiences in the prevention of alcohol and other drug problems* (p. 161-182), (OSAP Prevention Monograph-4), Rockville, Maryland: Office for Substance Abuse Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, 1990.

GLASER, F.B., "Anybody got a match? Treatment research and the matching hypothesis", In G. Edwards and M. Grant (Eds.), *Alcoholism Treatment in Transition* (p. 178-196), Baltimore: University Park Press, 1980.

GLASER, F.B., ANNIS, H.M., SKINNER, H.A. et coll., *A system of health care delivery, Vol. III*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984c.

GLASER, F.B., ANNIS, H.M., SKINNER, H.A. et coll., *A system of health care delivery, Vol. II*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984b.

GLASER, F.B., ANNIS, H.M., SKINNER, H.A. et coll., *A system of health care delivery, Vol. I*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984a.

GLASER, F.B., GREENBERG, S.W. et M. BARRETT, *A system approach to alcohol treatment*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1978.

GLIKSMAN, L, DOUGLAS, R.R., THOMPSON, M. et coll., "Promoting municipal alcohol policies: An evaluation of a campaign", *Contemporary Drug Problems*, Fall, p. 391-420, 1990.

GLIKSMAN, L, et C. SMYTHE, *A review of school drug program evaluations: Implications for the future*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1989.

GLIKSMAN, L., "Campus Alcohol Policies and Education Program (CAPE): Practical considerations in a research evaluation", In N. Giesbrecht, P. Conley, R.W. Denniston, et coll., *Research, action, and the community: Experiences in the prevention of alcohol and other drug problems* (p. 75-81), (OSAP Prevention Monograph-4), Rockville, Maryland: Office for Substance Abuse Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, 1990.

GLIKSMAN, L., DOUGLAS, R.R. et C. SMYTHE, "The impact of a high school alcohol education program utilizing a live theatrical performance: A comparative study", *Journal of Drug Education*, 13(3), p. 229-247, 1983.

GLIKSMAN, L., ENGS, R. et C. SMYTHE, *The drinking and drug use lifestyle patterns of Ontario university students*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1989.

GLIKSMAN, L. et B.R. RUSH, "Alcohol availability, alcohol consumption and alcohol-related damage, II, The role of sociodemographic factors", *Journal of Studies on Alcohol*, 47(1), p. 11-18, 1986.

GLIKSMAN, L. et E. SINGLE, *A field evaluation of a server intervention program: Accommodating reality*, document présenté à la réunion de la société canadienne d'évaluation, Montréal, Québec, 1988.

GLIKSMAN, L. et P. VENESOEN, *Substance-specific health promotion programming in Ontario: A summary report of a key informant survey*, Unpublished report: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1990.

GLIKSMAN, L., HART, D., SIMPSON, R. et T. SEISS, *Progress on campus: Evaluation of the campus alcohol policies and education (CAPE) program*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1989.

GOODSTADT, M., "Addressing the problems of action research in the community: Lessons from alcohol and drug education", In N. Geisbrecht, P. Conley, R.W. Denninston, et coll., *Research, action, and the community: Experiences in the prevention of alcohol and other drug problems* (p. 225-238), OSAP Prevention Monograph-4, Rockville, Maryland: Office for Substance Abuse Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, 1990.

GOODSTADT, M.S., "Drug education — a turn on or a turn off?", *Journal of Drug Education*, 10, p. 89-99, 1980.

GOODSTADT, M.S., *Education and baseball bats: Drug education versus school drug policies*, Paper presented at the Alcohol Policy VI Conference, Ann Arbor, Michigan, 1988.

GOODSTADT, M.S. et A. CALEEKAL-JOHN, "Alcohol education programs for university students: A review of their effectiveness", *International Journal of the Addictions*, 19, p. 721-741, 1984.

GOODWIN, D., "Studies of familial alcoholism: A review", *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(12), p. 14-17, 1984.

GRAHAM, K., BIRCHMORE TIMNEY, C. et C. BOIS, *Defining the coordination and advocacy components of case management in addictions treatment (Part I): Report of the findings from a one-year study of the Lanark-Leeds-Grenville Assessment / Referral Centre*, (Document interne nº 109), Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1990.

GRAHAM, K. et C. BIRCHMORE TIMNEY, "Case management in addictions treatment", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(3), p.181-188, 1990.

GRAHAM, K. et C. BIRCHMORE TIMNEY, "The problem of replicability in program evaluation, The component solution using the example of case management", *Evaluation and Program Planning*, 12, p. 179-187, 1989.

GRAHAM, K. et R.C. BROOK, "Analysis of an addiction treatment system", *Evaluation and Program Planning*, 8, p. 331-337, 1985.

GRAHAM, K., SAUNDERS, S.J., FLOWER, M.C., BIRCHMORE TIMNEY, C., WHITE-CAMPBELL, M. et A. ZEIDMAN, *Evaluation of the COPA project: A description of client characteristics, interventions and outcomes*, London: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1990.

GREEN, L.W., KREUTER, M.W., DEEDS, S.G. et K.B. PARTRIDGE, *Health education today and the PRECEDE model*, Palo Alto, California: Mayfield Publishing, 1980.

GRENIER, M., *Recherche sur l'efficacité des services externes du Centre N.A. Labrie 1974-1981*, Baie-Comeau: Labrie, 1983.

GROENEVELD, J., SHAIN, M. BRAYSHAW, D. et I. HEIDEMAN, *The alcoholism treatment Program at Canadian National Railways, A case study*, (Working Paper Series), Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984.

GROSS, M.M., LEWIS, E. et M. NAGARAJAN, "An improved quantitative system for assessing the acute alcoholic psychoses and related states (TSA and SSA)", *Advances in Experimental Medical Biology*, 35, p. 365-376, 1973.

GUBA, E.G. et Y. LINCOLN, *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*, San Francisco: Jossey Boss, 1983.

HALE-MATTHEWS, R., *Evaluation of Clever Classmates*, Alberta: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1985.

HALL, S.M., BASS, A., HARGREAVES, W.A. et P.C. LOED, "Contingency management and information feedback in outpatient heroin detoxification", *Behavior, Research and Therapy*, 10, p.443-451, 1979.

HANCOCK, T., "Healthy cities: The Canadian project", *Promotion de la santé*, 26(1), p. 2-4, 1987.

HARRIS, J., "Macroexperiments versus microexperiments for health policy", In J.A. Hausman and D.A. Wise (Eds.), *Social Experimentation*, Chicago: University of Chicago Press, 1985.

HART, D., "Campus alcohol policies and education (CAPE) for low risk drinking: A pilot project at the University of Western Ontario", In N. Giesbrecht and A. Cox (Eds.), *Prevention: Alcohol and the Environment* (p. 108-116), Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1986.

HAWKINS, J.D., CATALANO, R.F., BROWN, E.O., VADASY, P.F., ROBERTS, C., FITZMAHN, D., STARKMAN, N. et M. RANSDELL, *Preparing for the Drug (Free) Years: A family Activity Book*, Seattle, Washington: Comprehensive Health Education Foundation, 1988.

HAYASHIDA, M., ALTERMAN, A.I., MCLELLAN, A.T. et coll., "Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome", *The New England Journal of Medicine*, 320, p. 358-365, 1989.

HEATHER, N., "Change without therapists: the use of self-help manuals by problem drinkers", in W.R. Miller et N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of change*, (p. 331-359), New York, Plenum Press, 1986

HEATHER, N. et J. TEBBUTT (Eds.), "*The effectiveness of treatment for drug and alcohol problems. An overview*", (Série de monographies nº 11), Canberra, Australian Government Publishing Service, 1989

HESTER, R.K. et W.R. MILLER, "Empirical guidelines for optimal client-treatment matching" in E.R. Rahdert and J. Grabowski (Eds.), *Adolescent drug abuse: Analysis of treatment research*, (p. 27-38), monographie de recherche du NIDA 77, Rockville, Maryland, U.S. Department of Health and Human Services, 1988

HEWITT, L.E. et H.T. BLANE, "Prevention through mass media communication, in P.M. Miller and T.D. Nirenberg (Eds.), *Prevention of Alcohol Abuse* (p. 281-323), New York, Plenum Press, 1984

HINGSON, R., HEEREN, T., KOVENOCK, D., et coll., "Effects of Maine's 1981 and Massachusetts' 1982 driving-under-the-influence legislation", *American Journal of Public Health*, 77, 593-597, 1987

HINGSON, R., MANGIONE, T., MEYERS, A. et N. SCOTCH, "Seeking help for drinking problems: A study in the Boston metropolitan area", *Journal of Studies on Alcohol*, *42*, 273-288, 1982

HOLDER, H., "Alcoholism treatment and potential health care cost savings", *Medical Care*, *25*, 62-71, 1987

HOLDER, H.D. et L. WALLACK, "Contemporary perspectives for preventing alcohol problems: An empirically-derived model", *Journal of Public Health*, 7, 324-339, 1986

HOLDER, H.D. et N.E. STRAUSS, "A systems approach to alcoholism programming", *American Journal of Psychiatry*, *129*, 332-337, 1972

HOMEWOOD HEALTH SERVICES, *Student alcohol and drug screening instrument*, Guelph, Ontario, Homewood Health Services, sans date.

Hôpital Royal Victoria, (Undated), *The early intervention program*, Ottawa, Hôpiotal Royal Victoria.

HORN, J.L., SKINNER, H.A., WANBERG, K. et F.M. FOSTER, *The Alcohol Dependence Scale*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984

HUBBARD, R.L., MARSDEN, M.E., CAVANAUGH, E., RACHAL, J.V. et H.M. GINZBERG, "Role of drug abuse treatment in limiting the spread of AIDS, *Reviews of Infectious Diseases*, *10* (8), 377-384, 1988

HUEBERT, K., *IMPACT: Measuring success*, Alberta, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1990

HUNT, G.M. et N.H. Azrin, "A community-reinforcement approach to alcoholism", *Behavior, Research and Therapy*, *11*, 91-104, 1973

INSTITUTE OF MEDICINE, *Broadening the base of treatment for alcohol problems*, Washington D.C., National Academy of Sciences, 1990a

INSTITUTE OF MEDICINE, *Treating drug problems. Volume I. A study of the evolution, effectiveness and financing of public and private drug treatment systems*, Washington, D.C., National Academy of Sciences, 1990b

JACOBSON, G.R. et D. LINDSAY, "Screening for alcohol problems among the unemployed", in M. Galanter (Ed.), *Currents in Alcoholism, Vol. III. Recent advances in research and treatment*, New York, Grune and Shatton, p. 357-371, 1980

JACOBSON, N.O. et N.P. SILFVERSKIOLD, "A controlled study of a hypnotic method in the treatment of alcoholism, with evaluation by objective criteria", *British Journal of Addiction*, *68*, p. 25-31, 1973

JERRELL, J.M. et J.F. RIGHTMYER, "Evaluating employee assistance programs: A review of methods, outcomes, and future directions, *Evaluation and Program Planning*, *5*(3), 255-267, 1982

JEUNE, R., HUEBERT, K., SLAVIK, W., BROWN, C. et B. MAH, *IMPACT: Program development studies*, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1988

JOHN, H., *Facilitating the prevention of alcohol related problems in general practice (Research Protocol)*, Hillingdon Family Practitioner Committee, Ruislip, Middlesex, Great Britain, 1990

JOHNSON, J.A., GRADY, P. et D. MACLEAN, *Final Project Report on the Taxation of Alcoholic Beverages and the Formation of Alcohol Policy*, Rapport non publié soumis à Santé et Bien-être social Canada, 1990

JOHNSON, P.J. et A. RUBIN, "Case management in mental health: A social work domain?", *Social Work*, *28*, 49-55, 1983

JONAH, B.A. et R.J. WILSON, "Improving the effectiveness of drinking-driving enforcement through increased efficiency", *Accident and Analysis and Prevention*, *15*, 463-481, 1983

JONES, D. et E.Sawka, *Summary of the 1983 Henwood follow-up study*, Alberta, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1984

KESO, L. et M. SALASPURO, "Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *14*(4), 584-589, 1990

KINDER, B.N., PAPE, N.E. et S. WALFISH, "Drug and alcohol education programs: A review of outcome studies", *Interntional Journal of the Addictions*, *15*, 1035-1054, 1980

KING, M., "At risk drinking among general practice attenders: Validation of the CAGE questionnaire", *Psychological Medicine*, *16*, 213-217, 1986

KING, T. et D. ANDERSON, *A comparative analysis of the baseline and final surveys of attitudes toward alcohol abuse for the Alcohol Prevention Project*, Tallahassee, Florida, Florida State University, College of Communication, Communication Research Centre, 1981

KISCHCHUK, N., CARBONETTO, C., PERREAULT, R. et coll., *Primary prevention of alcohol-related problems through worksite health promotion: Interim research report*, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1990

KISSIN, B., PLATZ,A. et W.H. SU, "Selective factors in treatment choice and outcome in alcoholics", in N.K. Mello and J.H. Mendelson (Eds.), *Recent advances in studies of alcoholism*, (p. 781-802), Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1971

KISSIN, B., PLATZ,A. et W.H. SU, "Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism", *Journal of Psychiatric Research*, *8*, 13-27, (1970)

KLEPP, K., HALPER, A. et C. PERRY, "The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention, *Journal of School Health*, *56*(9), 407-413 (1986)

KLINGEMAN, H.K.H. et J.-P. TAKALA (Eds.), *Contemporary Drug Problems*, *14*, N°. 1, 1987

KLOS, P.M. et I.M. ROSENSTOCK, "Some lessons from the North Karelia project", *American Journal of Public Health*, *72*, 53-54, 1982

KOHN, P.M. et R.G. SMART, "The impact of television advertising on alcohol consumption: An experiment", *Journal of Studies on Alcohol*, *45*, 295-301, 1984

KOHN, P.M., SMART, R.G. et A.C. OGBORNE, "Effects of two kinds of alcohol advertising on subsequent consumption, *Journal of Advertising*, *34*, 40-48, 1984

KOSLOWSKI, L.T., COAMBS, R., FERRENCE, R.G. et E.M. ADLAF, "Preventing smoking and other drug use: Let the Buyers beware, the doers cooperate and the interventions be apt.", *Canadian Journal of Public Health*, (in press)

KRAFT, D.A., "Comprehensive prevention program for college students", in P.M. Miller and T.D. Nirenbers (Eds.), *Prevention of Alcohol Abuse*, (p. 327-369), New York, Plenum Press, 1984

KRISTENSON, H. et E. TRELL, "Indicators of alcohol consumption: Comparisons between a questionnaire (mm-MAST), interviews and serum gamma glutamyl transferase (GGT) in a health survey of middle aged males", *British Journal of Addiction*, *77*, 297-304, 1982

KRISTENSON, H., OHLIN, H., HULTEN-NOSSLIN M.B., TRELL, E. et B. HOOD, "Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: Results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *7*, 203-209, 1983

KURTZ, N.R., GOGGINS, B. et W.C. HOWARD, "Measuring the success of occupational alcoholism programs", *Journal of Studies on Alcohol*, *45*, 33-45, 1984

LABONTÉ, R., "Community health promotion strategies", *Promotion de la santé*, Summer, 5-10,32, 1987

LAMARCHE, P., *Planification stratégique 1988-1993. Diagnostique interne*, (Rapport technique III), Montréal,Centre d'accueil Domremy - Montréal, 1987

LE GO, P.M., *Le dépistage précoce et systématique de Rion-laboratories*, Paris, 1976

LEVINSON, T. et G. SERENY, "An experimental evaluation of "insight therapy" for the chronic alcoholic", *Canadian Psychiatric Association Journal*, *14*, 143-146, 1969

LEWIN, K., "Action research and minority problems", *Journal of School Issues*, *2*(4), 34-46, 1946

LIEBERMAN, M.A., YALOM, I.D. et M.B. MILES, *Encounter groups: First facts*, New York, Basic books, 1973

LIGHTFOOT, L., ROSENBAUM, P., OGURZSOFF, S., LAVERTY, G., KUSIAR, S., BARRY, K. et W. REYNOLDS, *Final report of the Kingston Development Research Project*, (soumis à la Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada), Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1982

LONGABAUGH, R. et D.C. LEWIS, "Key issues in treatment outcome studies", *Alcohol Health and Research World*, *12*, 168, 175, 1988

LONGABAUGH, R., MCCRADY,B., FINK, E., STOUT,R., MCAULEY, T., DOYLE, C. et D. MCNEIL, "Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial vs. inpatient settings: six-month outcomes", *Journal of Studies on Alcohol*, *44*, 1049-1071, 1983

LOUIS HARRIS AND ASSOCIATES, *Public awareness of the NIAAA advertising campaign and public attitudes toward drinking and alcohol abuse*. Document préparé pour le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, New York, Louis Harris and Associates, 1974

LOW, K., "Twenty years on: Two public initiatives to émpower youth", *Journal of Drug Issues*, *20*(4), 589-598, 1990

LOW, K., *Learning and character. A preventive strategy for the addictions field*, Calgary, Action Studies Institute, 1986

LUBORSKY, L., MCLELLAN, A.T., WOODY, G.E., O'BRIEN, C.P. et A. AUEBARCH, "Therapist success and its determinants", *Archives of General Psychiatry*, *42*, 602-11, 1985

LUCKEY, J.W., "Justifying alcohol treatment on the basis of cost savings. The "Offset" litterature", *Alcohol Health and Research World*, *12*(1), 8-15, 1987

MACDONALD, S., "The impact of increased availability of wine in grocery stores on consumption: four case histories, *British Journal of Addictions*, *81*, 381-387, 1986

MACDONALD, S. et L.L. PEDERSON, "The characteristics of alcoholics in treatment arrested for driving while impaired", *British Journal of Addictions*, *85*, 1129-1143, 1990

MACDONALD, S. et P. WHITEHEAD, "Availability of outlets and consuption of alcoholic beverages", *Journal of Drug Issues*, *13*, 477-486, 1983

MACDONALD, S. et S. DOOLEY, *Ontario worksite with 50 or more employees: The nature and extent of EAP's programs and worksite characteristics*, Report on the employee Assistance Programs 1989 Provincial Survey, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1989

MACDONALD, S., ET S. DOOLEY, *The nature and extent of EAP's and drug sceening programs in the transportation worksector*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1990

MAKELA, K., ROOM, R., SINGLE E., SULKUNEN, P. et B. WALSH, *Alcohol, Society, and the State*, Vol. 1, "A comparative study of alcohol control", Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1981

MAKOWSKY, C., et P.C. WHITEHEAD, "Advertising and alcohol sales: A legal impact study", *Journal of Studies on Alcohol*, (en cours d'impression).

MAKOWSKY, C., et P.C. WHITEHEAD, "Advertising and alcohol sales: A legal impact study", *Journal of Studies on Alcohol*, (en cours d'impression).

MALLA, A.K., "Day treatment of alcoholism: An outcome study, *Canadian Journal of Psychiatry*, *32*(3), 204-210, 1987

MALLAMS, J.H., GODLEY, M.D., HALL, G.M. et R.A. MEYERS, "A social-systems approach to resocializing alcoholics in the community", *Journal of Studies on Alcohol*, *43*, 1115-1123, 1982

MALVIN, J., MOSKOWITZ, J.M., SCHAPS, E. et G. SCHAEFFER, "Evaluation of two school-based alterntives programs", *Journal of Alcohol and Drug Education*, *50*, 98-108, 1985

MANDELL, W., "A critical overview of evaluations of alcoholism treatment", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *3*, 315-323, 1979

MARLATT, G.A. et W.H. GEORGE, "Relapse prevention: introduction and overview of the model", *British Journal of Addiction*, *79*, 261-274, 1984

MARSHMAN, J., "Economic evaluation of a substance use prevention program for high risk students", (thesis proposal), Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1990

MARSHMAN, J. (Chairperson), *The treatment of alcoholism: An Ontario perspective. Report of the Task Force on Treatment Services for Alcoholics*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1978

MARTIN, G. (Chairman), *Treating alcohol and drug problems in Ontario. A vision for the 90's*, rapport final du Comité consultatif sur le traitement de la toxicomanie soumis au ministre responsable de la stratégie nationale anti-drogues, Toronto, Anti-Drug Secretariat, 1990

MARTIN, G. et D.A. WILKINSON, "Methodological issues in the evaluation of treatment of drug dependence", *Advances in Behavior Research and Therapy*, *11*, 133-150, 1989

MAYFIELD, D., MCLEOD, G., et P. HALL, "The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument", *American Journal of Psychiatry*, *131*(10), 1121-1123, 1974

MCALISTER, A., PUSKA, A., SALONEN, J.T., TUOMILEHTO, J. et K. KOSKELA, "Theory and action for health promotion: Illustrations from the North Karlia project", *American Journal of Public Health*, *72*, 43-50, 1982

MCCARTY, D., "Evaluation for alcohol abuse prevention programs", *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *3*(2), 83-89, 1984

MCCORMICK, J. et P. SKRABANEK, "Coronary heart disease is not preventable by population interventions", *Lancet*, *October*, 839-841, 1988

MCCRADY, B.S., MOREAU, J., PAOLINO, T.J. Jr. et R. LONGABAUGH, "Joint hospitalization and couples therapy for alcoholism: A four-year follow-up", *Journal of Studies on Alcohol*, *43*, 1244-1250, 1982

MCCRADY, B.S., NOEL, N.E., ABRAMS, D.B., STOUT, R.L., NELSON, H.F. et W. HAY, "Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment", *Journal of Studies on Alcohol*, *47*, 459-467, 1986

MCCRADY, B.S., PAOLINO, T.J. Jr., LONGABAUGH, R. et J. ROSSI, "Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalized alcoholics: A pilot study", *Addictive Behaviors*, *4*, 155-165, 1979

MCGOVERN, M.P., "Comparative evaluation of medical vs. social treatment of alcohol withdrawal syndrome", *Journal of Clinical Psychology*, *39*(5), 791-803, 1983

MCGUIRE, F.L., "The effectiveness of a treatment program for the alcohol-involved driver", *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*, *5*, 517-525, 1978

MCINTOSH, M.C. et G. LEIGH, *Promotion of a healthy lifestyle in problem drinkers by early identification of alcohol abuse in family practice patients*, (Proposition de recherche soumis au Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé et Bien-être social Canada), Sydney Family Practice, Sydney, Nouvelle-Écosse, 1989

MCINTOSH, M.C. et M. SANCHEZ-CRAIG, "Moderate drinking: An alternative treatment goal for early-stage problem drinking", *Journal de l'association médicale canadienne*, *131*, 873-876, 1984

MCKILLIP, J., LOCKHART, D.C., ECKERT, P.S. et J. PHILLIPS, "Evaluation of a responsible alcohol use media campaign on a college campus", *Journal of Alcohol and Drug Education*, *30*, 88-97, 1985

MCKNIGHT, J., *Intermediary programs field test dissemination and evaluation field test plan*, submitted to the National Highway Traffic Safety Administration under contract, N°. DTNH22-84-C-07170, 1986

MCLACHLAN, J.F.C., "Benefit from group therapy as a function of patient-therapist match on conceptual level", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *9*, 317-323, 1972

MCLACHLAN, J.F.C., "Therapy strategies, personality orientation and recovery from alcoholism", *Canadian Psychiatric Association Journal*, *19*, 25-30, 1974

MCLEAN, N.J. et H. BROWN, *Responding to alcohol related problems in general practice-development and testing of a "Doctor's Kit"*, document présenté à la Annual Conference of Australian and New Zealand Society of Epidemiology and Research in Community Health and the Australian Public Health Association, Perth, 1986

MCLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C.P. et G.E. WOODY, "An improved evaluation instrument for substance abusing patients: The Addiction Severity Index", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *168*, 26-33, 1980

MCLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C.P. et K.A. DRULEY, "Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity", *Archives of General Psychiatry*, *40* (June), 620-625, 1983

MCLELLAN, A.T., WOODY, G.E., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C.P. et K.A. DRULEY, "Increased effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment "matching"", *Journal of Nervous and Mental Disease*, *171*, 597-605, 1983

MCLEROY, K.R., BIBEAU, D., STECKLER, A. et K. GLANZ, "An ecological perspective on health promotion programs", *Health Education Quarterly*, *15*(4), 351-377, 1988

MCMULLEN, J. and Associates, *A Review of Specific Aspects of Alcohol Beverage Marketing: Final Report*, rapport non publié soumis à Santé et Bien-être social Canada, 1989

MERCER, G., "The relationships among driving while impaired charges, police drinking-driving roadcheck activity, media coverage and alcohol-related casualty traffic accidents", *Accident Analysis and Prevention*, *17*, 467-474, 1985

MIELKE, K. et J. SWINEHART, *Evaluation of the Feeling Good Television Series*, New York, Children's Television Workshop, 1976

MILLER, W.R., "Behavioral treatment of problem drinkers: A comparative outcome study of three controlled drinking therapies", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 74-86, 1978

MILLER, W.R. et C.A. TAYLOR, "Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers", *Addictive Behaviours*, *5*, 13-24, 1980

MILLER, W.R. et L.M. BACA, "Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers", *Behavior Therapy*, *14*, 441-448, 1983

MILLER, W.R. et R.K. HESTER, "Matching problem drinkers with optimal treatments", in W.R. Miller and Heather N. (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*, (p. 175-203), New York, Plenum Press, 1986b

MILLER, W.R. et R.K. HESTER, "The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals", in W.R. Miller and N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*, (p. 121-174), New York, Plenum Press, 1986a

MILLER, W.R. et R.K. HESTER, "Treating the problem drinker: Modern approaches", in W.R. Miller (Ed.), *The Addicitive Behaviours: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*, (p. 11-141), New York, Oxford, Pergamon Press, 1980

MILLER, W.R., GRIBSKOV, C.J. et R.L. MORTELL, "Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact", *International Journal of the Addictions*, *16*, 1247-1254, 1981

MILLER, W.R., TAYLOR, C.A. et J.C. WEST, "Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *48*, 590-601, 1980

MOOS, R.H. et J.W. FINNEY, "The expanding scope of alcoholism treatment evaluation", *American Psychologist*, October, 1036-1044, 1983

MOSHER, V., DAVIS, J., MULLIGAN, D. et F.L. IBER, "Comparison of outcome in a 9-day and 30-day alcoholism treatment program", *Journal of Studies on Alcohol*, *36*, 1277-1281, 1975

MOSKOWITZ, J.M., "The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature", *Journal of Studies on Alcohol*, *50*, 54-88, 1989

MOSKOWITZ, J.M., MALVIN, J.H., SCHAEFFER, G.A. et SCHAPS, E., "An experimental evaluation of a drug education course", *Journal of Drug Education*, *14*, 9-22, 1984a

MOSKOWITZ, J.M., SCHAPS, E., MALVIN, J.H. et G.A. SCHAEFFER, "The effects of drug education at followup", *Journal of Drug Education*, *30*, 45-49, 1984b

NARANJO, C.A., SELLERS, E.M., CHATER, K., IVERSEN, P., ROACH, C. et K. SYKORA, "Non pharmacologic intervention in acute alcohol withdrawal", *Clinical Pharmacological Therapy*, *34*(2), 214-219, 1983

NATHAN, P.E., "Alcoholism prevention in the workplace: Three examples", in P.M. Miller and T.D. Nirenberg (Eds.), *Prevention of Alcohol Abuse* (p. 387-405), New York, Plenum Press, 1984

NICHOLS, J.L., WEINSTEIN, E.B., ELLINGSTAD, V.S. et P.L. STRUCKMAN-JOHNSON, "The specific deterrent effect of ASAP education and rehabilitation programmes", *Journal of Safety Research*, *10*, 177-187, 1978

NO AUTHOR, "Early intervention: Two models", *Alcohol Health and Research World*, *7*, 41-45, 1983

NUTTER, C., *"Talk is cheap": Evaluation report*, Alberta, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1984

NUTTER, C., *Edmonton Downtown Treatment Centre evaluation 1980: Report # 4 - Summary of results*, Alberta, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1982

O'BRIANT, R.G., "Social setting detoxification", *Alcohol Health and Research World*, hiver, 12-18, 1974/75

O'BRIANT, R.G., PETERSON, N.W. et D. HEACOCK, "How safe is social setting detoxification?", *Alcohol Health and Research World*, hiver, 22-27, 1976-77

O'FARRELL, T.J., CUTTER, H.S.G. et F.J. FLOYD, "Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication before to after treatment", *Behavior Therapy*, 147-167, 1985

O'LOUGHLIN, J., BOIVIN, J.F. et S. SUISSA, "A survey of worksite health promotion in Montreal", *Canadian Journal of Public Health*, *79*, March/April, 5-10, 1988

OBGORNE, A.C. et B.R. RUSH, "The coordination of treatment services for problem drinkers: Problems and prospects", *British Journal of Addiction*, *78*, 131-138, 1983

OEI, T. et P. JACKSON, "Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics", Addictive Behaviours, *5*, 129-136, 1980

OGBORNE, A.C., "Approaches to the evaluation of Alcoholics Anonymous", in B. Rush et A. Ogborne (Eds.), *Evaluation Research in the Canadian Addictions Field*, p. 60-66, Proceedings of the 2nd Annual Meeting of the Special Interest Group of Program Evaluation of the Canadian Addiction Foundation, sept.8-9, 1982, Regina, Saskatchewan, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1982

OGBORNE, A.C., "Patient characteristics as predictors of treatment outcomes for alcohol and drug abusers", in Y. Israel, F.B. Glaser, H. Kalant, R.E. Popham, W. Schmidt et R.G.Smart (Eds.), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, Vol. 4, p. 177-223, New York, Plenum Press, 1978

OGBORNE, A.C., *Brief interventions for problem drinkers*, (Proposition de recherche approuvée par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé), London, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1989

OGBORNE, A.C. et B.R. RUSH, "Specialized addictions assessment/referral services in Onario: a review of their characteristics and roles in the addiction treatment", *British Journal of Addiction*, *85*, 197-204, 1990

OGBORNE, A.C. et D. DWYER, "A survey of assessment/referral services for alcohol and drug abusers in Ontario", *Canadian Journal of Community Mental Health*, *5*, 89-97, 1986

OGBORNE, A.C. et DWYER, D. et E. EKDAHL, *The Niagara Alcohol and Drug Assessment Service: Referral patterns, client characteristics and community reactions*, (Document interne nº 36), Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984

OGBORNE, A.C. et F.B. GLASER, "Characteristics of affiliates of Alcoholics Anonymous: A review of the literature", *Journal of Studies on Alcohol*, *42*, 661-675, 1981

OGBORNE, A.C. et RUSH, B.R. et D. DWYER, "The development of community-based treatment systems: An Ontario perspective", *British Journal of Addiction*, *80*, 363-367, 1985

OLLSON, O. et P.O. WILKINSON, "Effects of the experimental Saturday closing of liquor retail stores in Sweden", *Contemporary Drug Problems*, *11*, 325-353, 1982

ONTARIO MINISTRY OF HEALTH, *A framework for the response to alcohol and drug problems in Ontario*, Toronto, Ontario Ministry of Health, 1988

ORFORD, J. et G. EDWARDS, *Alcoholism: A comparison of treatment and advice with a study of the influence of marriage*, (Maudsley Monographs Nº. 26), Oxford, Oxford University Press, 1977

ORFORD, J., OPPENHEIMER, E. et G. EDWARDS, "Abstinence or control: The outcome for excesive drinkers two years after consultation", *Behavioral Research and Therapy*, *14*, 409-418, 1976

ORNSTEIN, S.I. et D. LEVY, "Price and income elasticities of demand for alcoholic beverages", in M. Galanter (Ed.), *Recent Advances in Alcoholism: Vol. 1* (p. 303-345), New York, Plenum Press, 1983

PANCER, M. et A. WESTHUES, "A developmental stage approach to program planning and evaluation", *Evaluation Review*, *31*(1), 56-77, 1989

PATTISON, E.M., "A systems approach to alcoholism treatment", in E.M. Pattison et E. Kaufman (Eds.), *Encyclopedic handbook of alcoholism*, (p. 1089-1108), New York, Gardner Press, 1982

PATTISON, E.M., BRISSENDEN, A. et T. WOHL, "Assessing specific effects of inpatient group psychotherapy", *International Journal of Group Psychotherapy*, *17*, 283-297, 1982

PEACHEY, J.E., ANNIS, H.M., BORNSTEIN, E.R., SYKORA, K., MAGLANA, S.M. et S. SHAMAI, "Calcium carbimide in alcoholism treatment. Part 1. a placebo controlled double-blind clinical trial of short-term efficacy", *British Journal of Addiction*, *84*(8), 877-887, 1989

PEACHEY, J.E. et H. ANNIS, "New strategies for using alcohol-sensitizing drugs", in C.A. Naranjo and E.M. Sellers (Eds.), *Research advances in new psychopharmacological treatments for alcoholism*, (p. 199-216), New York, Elsevier Science Publishers B.V. (Biomedical Division), 1985

PEARLMAN, S., "Early experiences with primary care", in F. Glaser et coll. (Eds.), *A system of health care delivery. Vol. II. Primary Care Assessment*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984a

PEARLMAN, S., "Later experiences with primary care", in F. Glaser et coll. (Eds.), *A system of health care delivery. Vol. II, Primary Care Assessment*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984b

PEARLMAN, S., "Primary care on weekends", in F.Glaser et coll. (Eds.), *A system of health care delivery. Vol. II. Primary Care Assessment*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984c

PEDERSON, A., ROXBURGH, S. et L. WOOD, "Conducting community action research", in N. Giebsrecht, P., Conley, R.W. Denniston, et coll. (Eds.), *Research, action, and the community: Experiences in the prevention of alcohol and other drug problems* (p. 265-285), (OSAP Prevention Monograph-4), Rockville, Maryland, Office for Substance Abuse Prevention, U.S. Department of Health and Human services, 1990

PEELE, S., "Research issues in assessing addition treatment efficacy: How cost effective are Alcoholics Anonymous and private treatment centres?", *Drug and Alcohol Dependence*, *25*, 179-182, ??

PÉLADEAU, N., *Analyse d'impact du programme de suivi communautaire de la maison l'Écluse*, Montréal, Centre hospitalier Douglas, Unité de recherche psychosociale, 1988.

PENTZ, M.A., ALEXANDER, P., CORMACH, C. et J. LIGHT,, "Issues in the development and process of community-based alcohol and drug prevention: The Midwestern Prevention Project (MPP)», In N. Giesbrecht, P. Conley, R.W. Denniston, et coll., *Research, action and the community: Experiences in the prevention of alcohol and other drug problems* (p. 131-135), (OSAP Prevention Monograph-4). Rockville, Maryland: Office for Substance Abuse Prevention, U.S. Deparment of Health and Human Services, 1990.

PENTZ, M.A., DWYER, J., MACKINNON, D. et coll., "A multicommunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence", *Journal of the American Medical Association*, *261*, juin, p. 3259-3266, 1989.

PENTZ, M.A., JOHNSON, A., DWYER, J.H., et coll., "A comprehensive community approach to adolescent drug abuse prevention: Effects on cardiovascular disease risk behaviours", *Annals of Medicine*, *21*, p. 219-222, 1989.

PERNANEN, K., *Discrepancy of sales statistics and survey estimates of alcohol consumption*, (Substudy No. 486). Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1972.

PERRY, C., "Community-wide health promotion and drug abuse prevention", *Journal of School Health*, *56*(9), p. 359-363, 1986.

PERRY, C., «Results of prevention programs with adolescents, *Drug and Alcohol Dependence*, *20*, p. 13-19, 1987.

PIERCE, J., HIATT, D., GOODSTADT, M., LONERO, L., CUNLIFFE, A., et H. PANG, "Experimental evaluation in a community-based campaign against drinking and driving", In S. Israelstam et S. Lambert (éd.), *Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1975.

PITTMAN, D.J., et R.L. TATE, "A comparison of two treatment programs for alcoholics", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, *30*, p. 889-899, 1969.

POKORNY, A.D., MILLER, B.A. et H.B. KAPLAN, "The Brief MAST: A shortened version of the Michigan alcoholism screening test, *American Journal of Psychiatry*, *129*(3), p. 342-345, 1972.

POKORNY, A.D., MILLER, B.A., KANAS, T. et J. VALLES, 1973, «Effectiveness of extended aftercare in the treatment of alcoholism", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, *34*, p. 435-443, 1973.

POLICH, J.M., "The validity of self-reports in alcoholism research", *Addictive Behaviours*, *7*, p. 123-132, 1982.

POMERLEAU, O., PERTSCHUCK, M., ADKINS, D. et J.P. BRADY, 1978, "A comparison of behavioral and traditional treatment for middle income problem drinkers", *Journal of Behavioral Medicine*, 2, p. 187-200, 1978.

POPHAM, R., "The Jellinek alcoholism formula and its application to Canadian data", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17(4), p. 559-593, 1956.

POPHAM, R., *Working papers on the tavern III: Notes on the contemporary tavern*, (Substudy No. 219), Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1982.

POSAVAC, E.J. et R.G. CAREY, *Program evaluation: Methods and case studies*, 3e édition, New Jersey, Prentice Hall, 1989.

POWELL, B.J., Penick, E.C., REID, M.R., et A.M. LUDWIG, "Comparison of three outpatient treatment interventions: A twelve-month follow-up of men alcoholics", *Journal of Studies on Alcohol*, 46(4), p. 309-312, 1985.

PROCHASKA, J.O., et C.C. DI CLEMENTE, "Towards a comprehensive model of change", In W.R. Miller et N. Heather (éd.), *Treating addictive behaviors and processes of change*, New York, Plenum Press, 1986.

RANKIN, H., HODGSON, R., et T. STOCKWELL, "Cue Exposure and response prevention with alcoholic, a controlled trial", *Behavior, Research and Therapy*, 21, p. 435-446, 1983.

REID, A., "Alcoholism treatment in Canada: A review of current programs and policy issues", *The International Journal of the Addictions*, 16(4), p. 647-681, 1981.

REIS, R.E., "The findings of the comprehensive driving under the influence of alcohol offender treatment demonstration project", *Abstract Review of Alcohol Driving*, 4, p. 10-16, 1983.

ROBERTSON, L.S., *Injuries: Causes, Control Strategies, and Public Policy*, Lexington, MA, Lexington Books, 1983.

ROBSON, R.A., PAULUS I. et G.G. CLARKE, "An evaluation of the effects of a clinic treatment program on the rehabilitation of chronic alcoholic patients", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, *26*, p. 264-278, 1965.

ROMAN, P., "From employee alcoholism to employee assistance", *Journal of Studies on Alcohol*, 42(3), p. 244-272, 1981.

ROSALKI, S.G. et D. RAU, "Serum glutamyl transpeptidase activity in alcoholism", *Clinica Chimica Acta*, *39*, p. 41-47, 1972.

ROSENBERG, N., GOLDBERT, I. et G. WILLIAMS, "Alcoholism and drunken driving: Evidence from psychiatric and driver registers", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, p. 1129-1143, 1972.

ROSENBERG, S.D., *Relaxation training and a differential assessment of alcoholism*, Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, San Diego, (University Microfilms, no. 800 4362), 1979.

ROSS, H.L., "Deterring drunken driving: An analysis of current efforts, *Journal of Studies on Alcohol* (Supplement 10), p. 122-128, 1985.

ROTHMAN, J., "Three models of community organization practice, their mixing and phasing", In F.M. Cox, et coll. (éd.), *Strategies of Community Organization* 3e édition (p. 25-45), Itasca, IL, F.E. Peacock, 1979.

ROUNSAVILLE, B.J. et H.D. KLEBER, "Psychotherapy counselling for opiate addicts: strategies for use in different treatment settings", *International Journal of Addictions*, *20*, p. 869-896, 1985.

ROUNSAVILLE, B.J., Kosten T.R., Weissman, M.M. et H.D. Kleber, "Pronostic Significance of psychopathology in treated opiaste addicts", *Archives of General Psychiatry*, 43, p. 739 à 745, 1986.

RUSH, B.R., *Assessing the need for substance abuse services: A critical review of the literature*, (proposition approuvée par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé), Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1989.

RUSH, B.R., BASS, M., STEWART, M. et E. MCCRACKEN, *Highlights of a national survey of family physicians concerning alcohol and alcohol-related problems*. Document présenté au *Research Day in Family Medicine*, London (Ontario) 1990.

RUSH, B.R. et A. EKDAHL, "Recent trends in the development of alcohol and drug treatment services in Ontario", *Journal of Studies on Alcohol*, *51* (6), p. 514-522, 1990.

RUSH, B.R. et A.C. OGBORNE, "Program logic models: Expanding their role and structure", *Canadian Journal of Program Evaluation*, *6*(2), p. 93-105, 1991.

RUSH, B.R. et A.C. OGBORNE, (in press), "Alcoholism treatment in Canada: History, current status and emerging issues", In G. Hunt, J.-P. Takala et H. Lingeman (éd.), *Cure, care or control: Alcoholism treatment in fourteen countries*, SUNY Press.

RUSH, B.R. et L. GLIKSMAN, "The distribution of consumption approach to the prevention of alcohol-related damage: An overview of relevant research and current issues», *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 5(4), p. 9-32, 1986.

RUSH, B.R. et S. BROCHU, "Treatment services for alcohol and drug abuse in Ontario and Quebec: A comparison of provincial surveys", *The Journal of Drug Issues*, 21(1), p. 45-58, 1991.

RUSH, B.R., GLIKSMAN, L. et R. BROOK, "Alcohol availability, alcohol consumption and alcohol-related damage I: The distribution of consumption model", *Journal of Studies on Alcohol*, *47*, p. 1-10, 1986.

RUSH, B.R., STEINBERG, M. et R. BROOK, "The relationship among alcohol availability, alcohol consumption and alcohol-related damage in the Province of Ontario and the State of Michigan 1955-1982", *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 5, p. 33-45, 1986b).

RUSS, N.W. et E.S. GELLER, "Training bar personnel to prevent drunken driving: A field evaluation», *American Journal of Public Health*, 77, p. 952-954, 1987.

RUSSELL, J., HENDERSON, C. et S. BLUME, *Children of alcoholics: A review of the literature*, New York, Children of Alcoholics Foundation, 1985.

RUTMAN, L., "Evaluability assessment: Program analysis", In L. Rutman (éd.), *Planning useful evaluations: Evaluability assessment*, chapitre 3, (p. 87-121), Beverly Hills, Sage, 1980.

RYBACK, R.S., ECKARDT, M.J., RAWLINGS, P.R. et coll., "Quadratic discriminant analysis as an aid to interpretive reporting of clinical laboratory tests", *Journal of American Medical Association*, 248, p. 2342-2345, 1982.

SACKETT, D.L., HAYNES, R.B. et P. TUGWELL, *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine*, Toronto, Little, Brown and Company, 1985.

SALTZ, R.F., "Server intervention: Will it work?" *Alcohol Health and Research World*, 10, p. 12-19, 1986.

SALTZ, R.F., "The role of bars and restaurants in preventing alcohol-impaired driving: An evaluation of server intervention", *Evaluation and the Health Professions*, 10, p. 5-27, 1987.

SALTZ, R.F., *Evaluating server intervention: A preliminary report*, document présenté aux réunions de l'Association américaine d'hygiène publique, du 17 au 21 novembre 1985, Washington, D.C., 1985.

SANCHEZ-CRAIG, M., "A self-control strategy for drinking tendencies, *Ontario Psychologist*, 7, p. 25-29, 1975.

SANCHEZ-CRAIG, M., ANNIS, H.M., BORNET, A.R. et K.R. MACDONALD, "Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of cognitive-behavioral program for problem drinkers", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, p. 390-403, 1984.

SANCHEZ-CRAIG, M., *Dealing with drinking: Steps to abstinence or moderate drinking*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1987a.

SANCHEZ-CRAIG, M., et K. WALKER, *Teaching alcoholics how to think defensively: A cognitive approach for the treatment of alcohol abuse*, document présenté au *North American Congress on Alcohol and Drug Problems*, San Francisco, 1974.

SANCHEZ-CRAIG, M., *Guidelines for sensible drinking*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1987b.

SANCHEZ-CRAIG, M., LEIGH, G., SPIVAK, K. et L. HAU, "Superior outcomes of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking», *British Journal of Addiction*, 84, p. 395-404, 1989.

SANCHEZ-CRAIG, M., «Cognitive and behavioral coping strategies in the reappraisal of stressful social situations", *Journal of Counselling Psychology*, 23, p. 7-12, 1976.

Santé et Bien-être social Canada, *Parent Education: A review and analysis of drug abuse prevention and general programs*, Based on a review by P.C. Whitehead and L. Gliksman, Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1984.

Santé et Bien-être social Canada, *Summary: Health promotion English ad campaigns / Exposé sommaire: Campagnes publicitaires de promotion de la santé chez les francophones*, Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1988.

SAUNDERS, J.B., "Drug treatment in alcoholism», In G.D. Burrows, T.R. Norman, et B. Davies (éds), *Drug in Psychiatry*, vol, 4, New-York, Elsevier, 1987.

SAUNDERS, J.B., "The management of alcohol problems", In P.J.V. Beumont et R. Hampshire (éds), *Australian Textbook of Psychiatry*, Melbourne, Blackwells, 1988.

SAUNDERS, J.B. AASLAND, O.G. BABOR, T.F. et coll. (In press), "WHO collaborative study on early identification of persons with harmful alcohol consumption. II: Development of the screening instrument "AUDIT"", *British Journal of Addiction*.

SAUNDERS, J.B. et K.M. CONIGRAVE, "Early identification of alcohol problems", *Journal de l'association médicale canadienne*, 143(10), p. 1060-1069, 1990.

SAUSSER, G.J., FISHBURNE, S.B et V.O. EVERETT, "Outpatient detoxication of the alcoholic", *Journal of Family Practice*, 14(5), p. 863-867, 1982.

SCHAEFER, H.H., SOBELL, M.B. et K.C. MILLS, "Some Sobering data on the use of self-confrontation with alcoholics", *Behavior Therapy*, 2, p. 28-39, 1971.

SCHAEFER, H.H., SOBELL, M.B. et L.C. SOBELL, "Twelve-month follow-up of hospitalized alcoholic given self-confrontational experiences by video-tape" *Behavior Therapy*, 3, p. 283-285, 1972.

SCHAPS, E., DIBARTOLO, R., MOSKOWITZ, J., PALLEY C.S. et S. CHURGIN, "A Review of 127 drug abuse prevention evaluations", *Journal of Drug Issues*, 11, p. 17-43, 1981.

SCHAPS, E., MOSKOWITZ, J.M., CONDON, J.W. et J. MALVIN, "A process and outcome evaluation of a drug education course", *Journal of Drug Education*, 12, p. 353-364, 1982.

SCHLEGEL, R.P., MANSKE, S.R. et A. PAGE, "A guided decision-making program for elementary school students: A field experiment in alcohol education", in P.M. Miller et T.D. Nirenberg (éds), *Prevention of Alcohol Abuse* (p. 407-439), New-York, Plenum Press, 1984.

SCHMIDT, M.R., *Structuring treatment programs on the basis of control orientation of alcoholics*, dissertation doctorale non publiée, University of Nebraska, Lincoln, NE, (University Microfilms n° 7814709), 1978.

SCHMIDT, W. et R.E. POPHAM, "The single distribution theory of alcohol consumption: A rejoinder to the critique of Parker and Harman", *Journal of Studies on Alcohol*, 39(3), p. 400-419, 1978.

SELZER, M.L., "The Michigan alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic instrument", *American Journal of Psychiatry*, 127(2), p. 1653-1658, 1971.

SELZER, M.L., VINOKUR, A., et L. VAN ROOIJEN, "A self-administered short Michigan alcoholism screening test (SMAST)", *Journal of Studies on Alcohol*, 36(1), p. 117-126, 1975.

SHAIN, M, HERSHFIELD, L., ALLISON, K. et coll., *Prevention through health promotion: Environmental strategies for reducing risk of drug abuse*, (Document non publié), Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1990.

SHAIN, M., "Worksite community processes and the prevention of alcohol abuse: Theory to action", *Contemporary Drug Problems*, automne, p. 369-389, 1990.

SHAIN, M. et J. GROENEVELD, *Employee assistance programs: Philosophy, theory and practice*, Lexington Books, D.C. Health Co., 1980.

SHAIN, M., SURVALI H. et H. KILTY, *The Parent Communication Project: A Longitudinal study of the effects of parenting skills on children's use of alcohol*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1980.

SHAIN, M., SURVALI H., et M. BOUTILIER, *Healthier workers: Health promotion and employee assistance programs*, Toronto, Lexington, 1986.

SHANE, P. et L. CHERRY, *Alcohol problem prevention through community empowerment*, Oakland, Californie, Alameda County Alcohol and Drug Programs, 1987.

SHAW, J.M., KOLESAR, G.S., SELLERS, E., KAPLAN, H.L. et P. SANDOR, "Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal. I. Assessment and effectiveness of supportive care", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1(6), p. 383-389, 1981.

SHEA, S. et C.E. BASCH, "À review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs. Part I: Rationale, design and theoretical framework, *American Journal of Health Promotion*, 4(3), p. 203-213, 1990.

SINGER, M., "Evaluating alcoholism treatment programs: Considerations and caveats", *International Journal of the Addiction*, 18, p. 1145-1155, 1983.

SINGLE, E., "The availability theory of alcohol-related problems", In C.D. Chaudron and D.A. Wilkinson (éds), *Theories on Alcoholism*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1990.

SINGLE, E. et N. GIESBRECHT, *Rates of Alcohol consumption and patterns of drinking in Ontario 1950-78*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1978.

SINGLE, E. et R. SOLOMON, *Alcohol regulation: legal and public health aspects: An information and training manual for the Liquor License Board of Ontario*, Toronto, Liquor License Board of Ontario, 1988.

SINGLE, E. MCKENZIE, D., EVANS, J. et S. DAIN, *Review of the Literature on the Impact of Alcohol Availability: Final Report*, Santé et Bien-être social Canada, document non publié, 1989.

SINGLE, E. MORGAN, P. et J. DE LINT (éds), *Alcohol, Society, and the State: The social history of control policy in seven countries*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1981.

SISSON, R.W., *The effect of three relaxation procedures on tension reduction and subsequent drinking of inpatients alcoholics*, unpublished doctoral dissertation, Southern Illinois University (University Microfilms no. 8122668), 1981.

SKINNER, H.A., "A multivariate evaluation of the MAST", *Journal of Studies on Alcohol*, 40, p. 831-834, 1979.

SKINNER, H.A. "Different strokes for different folks: An examination of patient treatment matching", *British Journal of Addiction*, 13, p. 1246-1251, 1982b.

SKINNER, H.A., "Early detection and basic management of alcohol and drug problems", *Australian Alcohol / Drug Review*, 4, p. 243-249, 1985.

SKINNER, H.A., "Spectrum of drinkers and intervention opportunities", *Journal de l'association médicale canadienne*, 143(10), p. 1054-1059, 1990.

SKINNER, H.A., "The drug abuse screening test (DAST)", *Addictive Behaviors*, 7, p. 363-371, 1982a.

SKINNER, H.A., ALLEN, B.A. MCINTOSH, M.C. et W.A. PALMER, (1985a), "Lifestyle assessment: Applying microcomputers in family practice", *British Medical Journal*, 290, p. 212-214, 1985b.

SKINNER, H.A. et B.A. ALLEN, "Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation", *Journal of Abnormal Psychology*, 91, p. 199-209, 1982.

SKINNER, H.A. et S. HOLT, "Early intervention for alcohol problems», *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33, p. 738-791, 1983.

SKINNER, H.A., HOLT, S., SCHULLER, R., ROY, J. et Y. ISRAEL, "Identification of alcohol abuse using laboratory tests and a history of trauma, *Annals of Internal Medicine*, 101, p. 847-851, 1984.

SKINNER, H.A., HOLT S., SHEU, W.J. et coll., "Clinical versus laboratory detection of alcohol abuse: The alcohol clinical index", *British Medical Journal*, 2, -1706, 1986.

SKINNER, H.A., PALMER, W., SANCHEZ-CRAIG, M., et M. MCINTOSH, "Reliability of a lifestyle: Assessment using microcomputers", *Canadian Journal of Public Health*, 78, (sept.-oct.), p. 329-334, 1987.

SKINNER, H.A., «The clinical spectrum of alcoholism: Implications for new drug therapies", In C.A. Naranjo et E.M. Sellers (éds) (p. 123-135), *Research advances in new pharmacological treatment for alcoholism*, New York, Elsevier Science Publisher B.V, 1985b.

SMART, R.G., "Availability and prevention of alcohol-related problems", In T.C. Harford, D.A. Parker et L. Light (éds), *Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism* (p. 123-146), (NIAAA Research Monograph No. 3), Proceedings of a symposium, San Diego, 1980.

SMART, R.G., "Changes in alcoholic beverage sales after reductions in the legal drinking age", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4, p. 101-108, 1977.

SMART, R.G., "Drinking under special occasion permits: A neglected aspect of alcohol control measures", *Journal of Studies on Alcohol*, 49, p. 196-199, 1988a.

SMART, R.G., "The impact on consumption of selling wine in grocery stores", *Alcohol and Alcoholism*, 21, p. 233-236, 1986.

SMART, R.G., ADLAF, E.M., PONTERFIELD, K.M., et M.D. CANALE, "Drugs, youth and the street", Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1990.

SMART, R.G. et G. GRAY, "Minimal, moderate and long-term treatment for alcoholism", *British Journal of Addiction*, 73, p. 35-38, 1978.

SMART, R.G. et M. GOODSTADT, "Effects of reducing the legal alcohol purchasing age on drinking and driving problems", *Journal of Studies on Alcohol*, 38, p. 1313-1323, 1977.

SMART, R.G., *Health warning labels for alcoholic beverages in Canada*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1988b.

SMART, R.G., J. FINLEY et R. FUNSTON, «The effectiveness of post-detoxification referrals: Effects on later detoxification admissions, drunkeness and criminality", *Drug and Alcohol Dependence*, 2, p. 149-155, 1977.

SMART, R.G.et R.E. CUTLER, "The alcohol advertising ban in British Columbia: Problems and effects on beverage consumption, *British Journal of Addiction*, 71, p. 13-21, 1976.

SMITH, D.I., "Comparison of patrons of hotels with early opening and standard hours, *International Journal of the Addictions*, 21, p. 155-163, 1986.

SMITH, D.I., "Effectiveness of restrictions on availability as a means of reducing the use and abuse of alcohol", *Australian Alcohol/Drug Review*, 2, p. 84-90, 1983.

SMITH, D.I., "The impact on traffic safety of the introduction of Sunday alcohol sales in Perth Western Australia", *Journal of Studies on Alcohol*, 39, p. 1302-1304, 1978.

SMITH, D.I., "The introduction on Sunday alcohol sales in Perth: Some methodological observations", *Community Health Studies*, 4, p. 289-293, 1980.

SMITH R.A., HINGSON, R.W., MORELOCK, S., et coll., "Legislation raising the legal drinking age in Massachusetts from 18 to 20: Effects on 16 and 17 year-olds", *Journal of Studies on Alcohol*, 45, p. 534-539.

SOBELL, L.C. et M.B. SOBELL, "Treatment outcome evaluation methodology with alcohol abusers: strengths and key issues", *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11, p. 151-160, 1989.

SOBELL, L.C., M.B. SOBELL Leo, G. et A. CANCILLA, "Reliability of a timeline method: assessing normal drinkers reports of recent drinking and comparative evaluation across several populations», *British Journal of Addiction*, 83, p. 393-402, 1988.

SOBELL, M.B., BROCHU, S., SOBELL, L.C., ROY, J., et J.A. STEVENS, "Alcoholism treatment evaluation methodology, State of the art 1980-1984", *Addictive Behaviors*, 12, p. 113-128, 1987.

SOBELL, M.B. et L.C. SOBELL, "Alcoholics treated by individualized behavior therapy: One year treatment outcome", *Behavior, Research and Therapy*, 11, p. 599-618, 1973b.

SOBELL, M.B. et L.C. SOBELL, "Conceptual issues regarding goals in the treatment of alcohol problems", *Drugs and Society*, 1(2/3), 1-37, 1987.

SOBELL, M.B. et L.C. SOBELL, "Individualized behavior therapy for alcoholics», *Behavior Therapy*, 4, p. 49-72, 1973a.

SOBELL, M.B. et L.C. SOBELL, "Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results", *Behavior, Research and Therapy*, 14, p. 195-215, 1976.

SOBELL, M.B., et L.C. SOBELL, *Behavioral treatment of alcohol problems*, New York, Plenum Press, 1978.

SOBOL, L., *A survey of outpatients services for children of alcoholics*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1988.

SOLOMEN, J.T., "Did the North Karelia project reduce coronary mortality?» *Lancet*, p. 269, 1er août 1987.

SPARADEO, F.R., ZWICK, W.R., RUGGIERO, S.D., MEEK, D.A., CARLOWI, J.A. et S.S. SIMONE, "Evaluation of a social setting detoxification program», *Journal of Studies on Alcohol*, 43(11), p. 1124-1136, 1982.

STALONAS, P.M., KEANE, T.M. et D.W. FOY, «Alcohol education for impatient alcoholics: A comparison of live, videotape and written presentation modalities", *Addictive Behaviors*, 4, p. 223-229, 1979.

STANTON, M.D. et TODD, T.C. STEIN, F., VAN DEUSEN, J.M. et L. COOK, "Treatment outcome", In M.D. Stanton et T.C. Todds (éds), *The family therapy of drug abuse and addiction*, New York, The Guilford Press.

STAULCOP H., KENWARD, K. et D. FRIGO, "A review of federal primary alcoholism prevention projects", *Journal of Studies on Alcohol*, 40, p. 943-968, 1979.

STEINGLASS, P. "An experimental treatment program for alcoholic couples", *Journal of Studies on Alcohol*, 40, p. 159-182, 1979.

STIBLER, H. BORG, S. et M. JOUSTRA, "Micro anion exhange chromatography of carbohydrate-deficient transferrin in serum in relation to alcohol consumption (Swedish Patent 8400587-5)", *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 10, p. 535-544, 1986.

STINNETT, J.L., "Outpatient detoxification of the alcoholic", *International Journal of the Addictions*, 17(6), p. 1031-1046, 1982.

STOCKWELL, T., BOLT, L. et J. HOOPER, "Detoxication from alcohol at home managed by General Practitioners", *British Medical Journal*, 292, p. 733-735, 1986.

STOCKWELL, T., BOLT, L., MILNER, I., PUGH, P. et I. YOUNG, "Home detoxification for problem drinkers: acceptability to clients, relatives, general practioners and outcome after 60 days", *British Journal of Addiction*, 85, p. 61-70, 1990.

STOCKWELL, T., *The Exeter Home Detoxification Project: Final report to the DHSS Addictions and Homelessness Research and Liaison Group*, Londres, Department of Health Social Services, 1989.

STRICKLAND, D.E., "Advertising exposure, alcohol consumption and misure of alcohol", In M. Grant, M. Plant et A. Williams (éds), *Economics and Alcohol: Consumption and controls*, (p. 201-222), New York, Gardner Press.

SWENSON, P.R. et T.R. CLAY, "Effects of short-term rehabilitation on alcohol consumption and drinking-related behaviors: An eight-month follow-up study of drunken drivers", *The International Journal of the Addictions*, 15(6), p. 821-838, 1980.

SWENSON, W.M. et R.M. MORSE, "The use of a self-administered alcoholism screening test (SAAST) in a medical centre", *Mayo Clinic Proceedings*, 50, p. 204-208, 1975.

TENNANT, F.S., "Ambulatory alcohol withdrawal", *Journal of Family Practice*, 8, p. 621-623, 1979.

THOMPSON, J., *AADAC's adolescent prevention campaign evaluation: Summary report*, Alberta, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1986a.

THOMPSON, J., *Evaluation of the Drinking Decisions Program at the Towntown Treatment Centre*, Alberta, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1986b.

THOMPSON, J., *How to "Make the Most of You": Evaluation trends for the AADAC alcohol and drug prevention program for adolescents*, Alberta, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1988.

THOMPSON, J.C., SKIRROW, J. et C. NUTTER, *The AADAC prevention program for adolescents: Achieving behaviour change*, présentation conjointe en plénière au 33e colloque international sur la prévention et le traitement de l'alcoolisme et au 16e colloque international sur la prévention et le traitement des toxicomanies, Lausane, Suisse, 1987.

TORJMAN, S.R., *Prevention in the Drug Field, Monograph 1, Essential Concepts and Strategics*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1986.

United States Department of Health and Human Services, Prevention and Intervention, In P.L. Petrakis (éd.) *Sixth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health* (p. 97-119), Washington, D.C.: Superintendent of Documents, 1987.

VAILLANT, G., *The natural history of alcoholism*, Harvard, Cambridge University Press.

VALLE, S.K., "Interpersonal functioning of alcoholism counsellors and treatment outcome", *Journal of studies on Alcohol*, 42, p. 783-790, 1981.

VANNICELLI, M., "Impact of aftercare in the treatment of alcoholics: A cross-lagged panel analysis", *Journal of Studies on Alcohol*, 39(11), p. 1875-1886, 1978.

VEVEGA, M.E., NHTSA responsible beverage research and evaluation project, *Alcohol Health and Research World*, 10, p. 20-22, 1986.

VINGILIS, E., CHUNG, L., et E.M. ADLAF, "An Evaluation of a prevention programme for drinking and driving called R.I.D.E.", In L. Goldberg (éd.), *Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Suisse, Almquist et Wiskell International, 1981.

VINGILIS, E., CHUNG, L., et E.M. ADLAF, *RIDE (Reduce Impaired Driving in Etobicoke): A driving-while-impaired countermeasure programme: Final 18-month evaluation*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1980.

VINGILIS, E. et R. SMART, "Effects of raising the legal drinking age in Ontario, *British Journal of Addiction*, 76, p. 415-424, 1981.

VINGILIS, E., SALUTIN, L., G. CHAN, *RIDE (Reduce Impaired Driving in Etobicoke): A driving-while-impaired countermeasure programme*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1979.

VINGILIS, E., «Reducing environmental risks or increasing threat-drunken driving", In J.P. von Wartburg, P. Magnenant, R. Muller et S. Wyss (éds), *Currents in Alcohol Research and the Prevention of Alcohol Problems* (p. 118-124), Toronto, Hans Huber Publisher, 1985.

VOEGTLIN, W.L., LEMERE, F., BROZX, W.R. et O'HALLORAW, P., (1941), "Conditioned reflex therapy of chronic alcoholism. IV. A preliminary report on the value of reinforcement", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 2, p. 505-511, 1941.

VORIS, S.W., "Alcohol treatment outcome evaluation: An overview of methodological issues", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, p. 549-558, 1982.

WAGENAAR, A.C., "Preventing highway crashes by raising the legal minimum age for drinking: The Michigan experience six years later", *Journal of Safety Research*, 17, p. 101-109, 1986.

WAGENAAR, A.C. et R.G. MAYBEE, "The legal minimum drinking age in Texas: Effects of an increase from 18-19, *Journal of Safety Research*, 17, p. 165-178, 1986.

WALKER, K. et M. SHAIN, "Employee assistance programming: In search of effective interventions for the problem-drinking employee», *British Journal of Addiction*, 78, p. 291-303, 1983.

WALKER, K., SANCHEZ-CRAIG, M., et K. MACDONALD, *Teaching coping strategies for interpersonal problems*, document présenté au *North American Congress on Alcohol and Drug Problems*, San Francisco, 1974.

WALLACE, P., CUTLER. S. et A. HAINES, "Randomized controlled trial of general practitioner interventions in patients with excessive alcohol consumption", *British Journal of Addiction*, 297, p. 663-668, 1988.

WALLACK, L., "A community approach to the prevention of alcohol-related problems: The San Francisco experience", *International Quarterly of Community Health Education*, 5(2), p. 85-102, 1984-1985.

WALLACK, L., "Practical Issues, Ethical Concerns and Future Directions in the Prevention of Alcohol-Related Problems", *Journal of Primary Prevention*, 4(4), p. 199-224, 1984a.

WALLACK, L. et D.C. BARROWS, "Evaluating primary prevention: The California "Winners" alcohol program", *International Quarterly of Community Health Education*, 3, p. 307-336, 1982-1983.

WALLACK, L.M., "Assessing effects of mass media campaigns: An alternative perspective", *Alcohol and Health Research World*, 5, p. 17-27, 1980.

WALLACK, L.M., "Mass media campaigns in a hostile environment: Advertising as anti-health education", *Journal of Alcohol and Drug Education*, 28, p. 51-63, 1983.

WEBB, M. et A. UNWIN, "The outcome of outpatient withdrawal from alcohol", *British Journal of Addiction*, 83, p. 929-934, 1988.

WEINSTEIN, M., "Lifestyle, stress and work: Strategies for health promotion", *Promotion de la santé*, 1(3), p. 363-371, 1986.

WELLS, E.A., HAWKINS, J.D. et R.F. CATALANO Jr.,, "Choosing drug use measures for treatment outcomes studies, II. Timing baseline-follow-up measurement, *International Journal of the Addictions*, 23, p. 875-885, 1988b.

WELLS, E.A., HAWKINS, J.D. et R.F. CATALANO Jr.,, "Choosing drug use measures for treatment outcomes studies, I. The influence of measurement approach on treatment results", *International Journal of the Addictions*, 23, p. 851-873, 1988a.

WHITEHEAD, P.C., "*Evaluation of a media campaign: The Aware program and attitudes toward alcohol*, Regina , Saskatchewan; Dept. of Health, 1978.

WHITEHEAD, P.C., "Public policy and alcohol related damage: media campaigns or social controls", *Addictive Behaviors*, 4 p. 83-89, 1979.

WHITEHEAD, P.C., "The prevention of alcoholism: Divergences and convergences of two approaches", *Addictive Disease*, 1(4), p. 431-443, 1975.

WHITEHEAD, P.C., HYLTON, J. et R. MARKOWSKY, *Alcoholics on the road: Evaluation of an impaired driver treatment program*, Regina, Saskatchewan Alcoholism Commission, 1984.

WIENS, A.N., Montague, J.R., MANAUGH, T.S. et C.J. ENGLISH, Pharmacological aversive conditioning to alcohol in a private hospital: One year follow up, *Journal of Studies on Alcohol*, 37, p. 1320-1324, 1976.

WILKINS, R., *The hidden alcoholic in general practice*, Elek Sci, London, 1974.

WILLIAMS, C.N., LEWIS, D.C., FEMINO, J., HALL, L., BLACKBURN-KILDUFF, K., ROSEN, R., et C. SAMELLA, "Overcoming barriers to identification and

referral of alcoholics in a general hospital setting: One approach, *Rhode Island Medical Journal*, 68, p. 131-138, 1985.

WILSON, J.M. et G. JUNGNER, *The principles and practice of screening for disease*, Genève, Organisation mondiale de la santé, Public Health Papers, No. 34, 1968.

WITTMAN, F., "Experiences from the Castro Valley and San Francisco projects: An environmental design perspective", In N. Giesbrecht, P. Conley, R.W. Denniston, et coll. (éds.), *Research, action, and the community: Experiences in the prevention of alcohol and other drug problems* (p. 53-60). (OSAP Prévention Monograph-4), Rockville, Maryland, Office for Substance Abuse Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, 1990.

WOODY, G.E., MCLELLAN, A.T. LUBORSKY, L. et C.P. O'BRIEN, "Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence", *American Journal of Psychiatry*, 144(5), p. 590-596, 1987.

WU, A., CHANARIN, L. et A.J. LEVI, "Macrocytosis of chronic alcoholism", *Lancet*, 1, p. 829-830, 1974.

ZAREBSKI, J.S., GRAHAM K., MENDONCA, J. ET J. GASKIN, *A structured approach to relapse prevention in addictions treatment*, (Proposition n° 90-257, Fonds innovation-santé de l'Ontario), Chatham, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1990.

ZWEDEN, A., PEARLMAN, S. et S. LI, "A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of the marital systems study", *British Journal of Addiction*, 83(8), p. 899-916, 1988.